Gevarieerde medezeggenschap in zorginstellingen en bij zorgverzekeraars

Een pleidooi voor het koesteren van veelzijdigheid

Publicatiedatum
Mei 2016

Auteurs
Hester van de Bovenkamp
Pauline Meurs
Marina de Lint

Contactgegevens
Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Tel. 010 - 408 8555
research@bmg.eur.nl
www.bmg.eur.nl

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT GEZONDHEIDSZORG

Inhoudsopgave

Samenvatting

(Mede)zeggenschap van cliënten en verzekerden in de zorg staat al sinds lange tijd op de beleidsagenda. Het idee is dat cliënten en verzekerden het democratisch recht hebben invloed uit te oefenen op de zorg geleverd door zorginstellingen en op de dienstverlening van verzekeraars. Bovendien is de verwachting dat deze inbreng leidt tot betere besluitvorming.
Op dit moment heeft het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) twee wetsvoorstellen in voorbereiding om medezeggenschap in zorginstellingen en bij verzekeraars verder te regelen, te weten:
1) versterking invloed verzekerden die medezeggenschap van verzekerden moet regelen, en
2) de wijziging van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) die de medezeggenschap in zorginstellingen verder moet verbeteren.

Bij de voorbereiding van bovengenoemde wetsvoorstellen moet rekening gehouden worden met de motie Bouwmeester & Dik-Faber (TK 2015-2016, 34300XVI nr. 94). In de motie zijn twee elementen van belang die volgens het Ministerie gevolgen hebben voor de wetsvoorstellen die in ontwikkeling zijn. Ten eerste betreft dit het gebruik van de term *zeggenschap* van cliënten en verzekerden, waar de WMCZ uit gaat van *medezeggenschap* en het wetsvoorstel verzekerdeninvloed de term *invloed* gebruikt. Het tweede element in de motie is het criterium van onafhankelijke verkiezingen voor leden van de zeggenschapsorganen. Ook dit zou een belangrijke wijziging van de huidige praktijk betekenen. Dit rapport is bedoeld om de implicaties van deze motie te doordenken. We hebben dat gedaan door de literatuur over (mede)zeggenschap te bestuderen, een stakeholderbijeenkomst bij te wonen en experts te consulteren. Op basis daarvan hebben we onderstaande vragen beantwoord en de consequenties voor de wetsvoorstellen doordacht.

Hoe kan juridisch duiding worden gegeven aan de term zeggenschap en hoe verhoudt deze zich tot de term medezeggenschap in termen van verantwoordelijkheidsverdeling binnen de huidige governance structuren?
Hoewel zeggenschap en medezeggenschap in het debat nogal eens door elkaar worden gebruikt is er in juridische termen een duidelijk onderscheid (zie hoofdstuk 2). Zeggenschap is de bevoegdheid om besluiten te nemen die de zorginstelling of zorgverzekeraar binden; deze bevoegdheid is voorbehouden aan de Raad van Bestuur. Medezeggenschap is de bevoegdheid om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in een zorginstelling of van een zorgverzekeraar. Er zijn per definitie meerdere organen en andere belanghebbenden die invloed kunnen uitoefenen. Hoewel materiële medezeggenschap in de buurt van zeggenschap kan komen, wanneer er sprake is van (uitgebreide) instemmingsrechten, is er ook in dat geval een belangrijk verschil omdat het hier een lijdelijke vorm betreft. De mate van invloed kan dus variëren (van normaal, via verzwaard adviesrecht tot instemmingsrecht), deze kan echter nimmer zover gaan dat deze doorslaggevend is. Dit ligt ook voor de hand: het is immers de RvB die (eind)verantwoordelijk en aansprakelijk is voor de gevolgen van genomen besluiten.

Welke vormen van (mede)zeggenschap van cliënten en verzekerden dragen het beste bij aan het behalen van de doelstelling van de verbeteren van de kwaliteit van zorg en dienstverlening en welke bijdrage leveren onafhankelijke verkiezingen van (mede)zeggenschapsorganen hieraan?
In de motie Bouwmeester, Dik-Faber wordt aangegeven dat het belangrijk is de stem van verzekerden, patiënten en cliënten te horen omdat deze een grote bijdrage

kunnen leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de dienstverlening door de zorgverzekeraar. Het horen van deze stem kan op veel verschillende manieren gebeuren (zie hoofdstuk 3). We maken daarbij onderscheid tussen a) formele en informele manieren en b) manieren die leunen op vertegenwoordiging of op directe participatie van verzekerden en cliënten. Op de vraag welke vorm het beste is kan geen eenduidig antwoord worden gegeven. Dit hangt af van het doel van medezeggenschap en de context waarin medezeggenschap plaatsvindt. Hoewel er geen beste manier is om medezeggenschap te regelen is een aantal principes altijd van belang. We identificeerden de volgende (zie hoofdstuk 4):
1) doelen van medezeggenschap zijn bepalend voor de inrichting: formuleer de doelen van medezeggenschap om de effectiviteit van verschillende vormen te vergroten;
2) medezeggenschap is altijd 'work in progress': experimenteer met nieuwe vormen en leer van ervaringen;
3) medezeggenschap is gebaat bij variëteit: borg de doelen en leg verantwoording af over de realisatie van die doelen, houd daar toezicht op. Laat meer ruimte open voor vorm en inrichting van de medezeggenschap;
4) responsiviteit; zorg voor contact tussen vertegenwoordigers en degenen die zij vertegenwoordigen;
5) rolvastheid: voorkom rolvermenging, en
6) diversiteit: zorg dat de stemmen van verschillende groepen cliënten en verzekerden worden gehoord.

Het is zeer de vraag of verkiezingen de beste manier zijn om de principes van goede medezeggenschap vorm te geven in de praktijk. De principes erkennen wel dat er verbetering mogelijk is in het contact tussen vertegenwoordigende organen en hun achterban (waar verkiezingen ook een middel toe zijn). Cliëntenraden en leden- en verzekerdenraden kunnen bijvoorbeeld meer contact zoeken met de achterban en daarbij ook gebruik maken van andere vormen van medezeggenschap. Bovendien zijn vertegenwoordigende vormen van medezeggenschap, als gezegd, niet de enige vorm van medezeggenschap. Er zijn ook andere methoden die een bredere groep cliënten of verzekerden de mogelijkheid bieden hun stem te laten horen. Bij alle methoden is het overigens belangrijk dat er specifiek aandacht wordt besteed aan moeilijk te bereiken groepen die niet geneigd zijn uit zichzelf hun stem te laten horen (zie het principe van diversiteit). Diversiteit is ook van belang om te erkennen omdat er verschillen bestaan tussen wat cliënten en verzekerden als goede zorg en goede dienstverlening ervaren. Collectieve medezeggenschap kan worden ingezet om aandacht te vragen voor deze verschillen en het feit dat cliënten de mogelijkheid moeten hebben om invloed op hun eigen zorg uit te oefenen.

Consequenties voor de wetsvoorstellen: het koesteren van veelzijdigheid
Op basis van deze studie bepleiten wij het begrip zeggenschap uitsluitend te gebruiken als er sprake is van de bevoegdheid om besluiten te nemen die de zorginstelling of de zorgverzekeraar binden. Het begrip medezeggenschap verwijst naar de bevoegdheid om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in een zorginstelling of van een zorgverzekeraar.
De variatie die te vinden is in de medezeggenschapspraktijk maakt bovendien dat het wettelijk regelen van medezeggenschap via een vertegenwoordigend orgaan een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde is. Het is belangrijk de veelzijdige praktijk te koesteren. Een te eenzijdige nadruk op de formele vormvereisten leidt tot een ritualisering van de medezeggenschap en laat kansen onbenut voor andere vormen van medezeggenschap.
In wetgeving die medezeggenschap regelt zouden de principes van medezeggenschap centraal moeten staan. Er zou ook moeten worden toegezien dat zorginstellingen en verzekeraars deze principes van medezeggenschap toepassen in

de praktijk. Raden van Toezicht kunnen hun bestuur hier bijvoorbeeld op aanspreken. De principes van medezeggenschap zouden daarnaast een plaats moeten krijgen in de governance codes van zorginstellingen resp. verzekeraars. Ook voor de externe toezichthouders is hier een rol weggelegd. Zij kunnen nagaan in hoeverre de vormen van medezeggenschap van de zorginstellingen resp. de zorgverzekeraars voldoende tegenmacht hebben weten te organiseren, voldoende gehoord zijn en effectief invloed hebben kunnen uitoefenen op het beleid.

Medezeggenschap is een kwestie van willen en kunnen. Hoeveel er ook wordt geregeld uiteindelijk is medezeggenschap pas effectief als de ruimte om invloed uit te oefenen genomen en gegeven wordt. Invloed nemen kan alleen als er voldoende ondersteuning (mensen, middelen) beschikbaar is. Invloed geven kan alleen als het bestuur weet dat de kwaliteit van de besluitvorming gebaat is bij tegenspraak.
Voor de wetsvoorstellen betekent dit dat de materiële ondersteuning van de medezeggenschap goed geregeld moet zijn.
Voor de motie- ondertekenaars zou dit rapport kunnen helpen om meer vertrouwen te hebben in de vele initiatieven en vormen van tegenspraak die, nu al met succes, dagelijkse praktijk zijn.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond advies

Medezeggenschap van cliënten[1] en verzekerden staat al sinds lange tijd op de beleidsagenda. Vooral de discussie over medezeggenschap in zorginstellingen kent al een lange geschiedenis. Deze discussie resulteerde in 1996 in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). Na de introductie van deze wet bleef de discussie erover bestaan, aangezien het idee bestaat dat cliënten en verzekerden nog onvoldoende invloed hebben op de zorginstelling waarvan ze zorg krijgen of op de verzekeraar waar ze hun polis hebben afgesloten. Dit idee resulteerde recent nog in een motie van de Tweede Kamerleden Bouwmeester en Dik-Faber waarin de Regering werd verzocht om zeggenschap te regelen voor cliënten en verzekerden op het gebied van kwaliteitsbeleid en dienstverlening bij verzekeraars en zorginstellingen. Volgens de indieners van de motie is zeggenschap van cliënten en verzekerden van belang omdat deze een grote bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de dienstverlening door de zorgverzekeraar (TK 2015-2016, 34300XVI nr. 94, Bijlage 1).
Op dit moment heeft het Ministerie van VWS twee wetsvoorstellen in voorbereiding, om medezeggenschap te regelen op de gebieden waarover in de motie gesproken wordt. Te weten het wetsvoorstel:

1) versterking invloed verzekerden die medezeggenschap van verzekerden moet regelen, en
2) de wijziging van de WMCZ die de medezeggenschap in zorginstellingen verder moet verbeteren.

Bij de voorbereiding van deze wetsvoorstellen moet rekening gehouden worden met de motie Bouwmeester & Dik-Faber (TK 2015-2016, 34300XVI nr. 94). Dit rapport is bedoeld om de implicaties van deze motie te doordenken.

1.2 De Motie Bouwmeester & Dik-Faber

In de motie zijn twee elementen van belang die volgens het Ministerie gevolgen hebben voor de wetsvoorstellen die in ontwikkeling zijn.
Ten eerste betreft dit het gebruik van de term *zeggenschap* van cliënten en verzekerden, waar de WMCZ uit gaat van *medezeggenschap* en het wetsvoorstel verzekerdeninvloed de term *invloed* gebruikt. Zeggenschap betekent verdergaande bevoegdheden dan medezeggenschap en ook verschillende mate van invloed. Het geven van zeggenschap roept de vraag op hoe de positie van huidige medezeggenschapsorganen zoals de cliëntenraad, zou veranderen ten opzichte van de Raad van Bestuur.
Het tweede element in de motie is het criterium van onafhankelijke verkiezingen voor leden van de zeggenschapsorganen. Dit zou vereisen dat bijvoorbeeld leden van de cliëntenraad van een zorginstelling of ledenraad van een verzekeraar worden benoemd door middel van verkiezingen georganiseerd voor de achterban. Ook dit zou een belangrijke wijziging van de huidige praktijk betekenen.

[1] Afhankelijk van de sector wordt er in de zorg ook wel gesproken over patiënten/bewoners, voor het leesgemak houden wij de term cliënt aan.

1.3 Het advies

Het ministerie van VWS heeft ons verzocht de consequenties van deze motie voor de ontwikkeling van de wetvoorstellen te doordenken zowel in juridische zin als voor de huidige governance structuren en daarover advies te geven.
We beantwoorden de volgende vragen (de letterlijke opdracht is opgenomen in bijlage 2):

1) *Hoe kan juridisch duiding worden gegeven aan de term zeggenschap en hoe verhoudt deze zich tot de term medezeggenschap in termen van verantwoordelijkheidsverdeling binnen de huidige governance structuren?*

2) *Welke vormen van (mede)zeggenschap van cliënten en verzekerden dragen het beste bij aan het behalen van de doelstelling van de verbeteren van de kwaliteit van zorg en dienstverlening en welke bijdrage leveren onafhankelijke verkiezingen van (mede)zeggenschapsorganen hieraan?*

We beantwoorden deze vragen op basis van verschillende bronnen. Ten eerste hebben we de wetenschappelijke en grijze literatuur op het gebied van (mede)zeggenschap in de zorg onderzocht. Daarnaast zijn de resultaten van de stakeholderbijeenkomst, georganiseerd door het Ministerie van VWS van 2 maart jl, meegenomen bij het schrijven van het advies. Ook is een conceptversie van het voorliggende advies voorgelegd aan een aantal juridische en governance experts (zie bijlage 3).

1.4 Opbouw van het rapport

Het woord zeggenschap kan in het dagelijks spraakgebruik op verschillende manieren worden gebruikt. Zo kan het worden gebruikt als een ander woord voor ongedeelde macht c.q. machtsuitoefening: *ik heb het hier voor het zeggen.* Zeggenschap is ook een woord dat verwijst naar eigendomsverhoudingen: denk aan de aandeelhouder die als eigenaar invloed heeft op beslissingen: *ik laat mijn stem gelden en afhankelijk van de omvang van het aandelenpakket geeft mijn stem de doorslag*. Zeggenschap kan ook in een meer zachtere betekenis ingezet worden: *ik heb er wat over te zeggen*. Tot slot kan zeggenschap ook gezien worden als vorm van participatie: *ik wil er ook wat over te zeggen hebben, ik wil en mag ook mijn stem laten horen.* Kortom, achter het begrip zeggenschap gaat een grote variatie schuil die consequenties heeft voor de mate van invloed van betrokkenen. Deze variatie in het debat kan voor spraakverwarring zorgen. In het rapport zullen we dan ook meer inzicht geven in deze variatie om deze spraakverwarring te voorkomen.
Dit doen we door eerst in hoofdstuk 2 stil te staan bij het onderscheid tussen zeggenschap en medezeggenschap in juridische zin. Ook kijken we hier naar de relatie tussen (mede) zeggenschapsorganen en de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.
Om een beter inzicht te krijgen in de variatie van (mede)zeggenschap van cliënten en verzekerden in de praktijk en hoe deze een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg en dienstverlening bespreken we in hoofdstuk 3 de verschillende niveaus, vormen en methoden van (mede)zeggenschap. We gaan in dit hoofdstuk in op wat er uit onderzoek bekend is over het functioneren van deze verschillende vormen en hoe ze zich tot elkaar verhouden. Op deze manier komt het gevarieerde veld van medezeggenschap in de praktijk scherper in beeld.
In hoofdstuk 4 bespreken we de principes van goede (mede)zeggenschap die voortkomen uit de huidige kennis over het onderwerp. Hier reflecteren we op wat (mede)zeggenschap nu tot goede (mede)zeggenschap maakt.
In hoofdstuk 5 beantwoorden we op basis van de voorgaande hoofdstukken de vragen die centraal staan in dit rapport en sluiten we af met de implicaties voor de wetvoorstellen die op dit moment in ontwikkeling zijn.

2. Een juridische duiding van zeggenschap en medezeggenschap en de implicaties voor de governance van instellingen en verzekeraars

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de juridische betekenis van de begrippen zeggenschap en medezeggenschap voor zorginstellingen en zorgverzekeraars. We besteden eerst kort aandacht aan de wijze waarop deze begrippen hun beslag hebben gekregen in wet- en regelgeving. Vervolgens beschrijven we hoe zeggenschap en medezeggenschap binnen zorginstellingen en binnen zorgverzekeraars is belegd. Dat doen we door te kijken naar de verhoudingen tussen organen binnen de rechtspersoon die de zorginstelling en verzekeraar drijft. Daaruit wordt duidelijk waar de bevoegdheid ligt om besluiten te nemen die bindend zijn voor de zorginstelling en verzekeraar, wie invloed kan uitoefenen op de besluitvorming en welk gewicht deze invloed in de schaal legt. De begrippen zeggenschap en medezeggenschap gaan dus over de verdeling van invloed of macht binnen een onderneming. Hiervan moet de invloed die een individuele cliënt of verzekerde heeft/kan hebben op aangelegenheden die hem persoonlijk betreffen worden onderscheiden. Die invloed op het individuele niveau wordt geregeld in de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het geval van de relatie tussen cliënt en zorgverlener en in de polisvoorwaarden in het geval van de relatie tussen een verzekeraar en een verzekerde.

2.2 Het juridische begrippenpaar: zeggenschap en medezeggenschap

2.2.1 Zeggenschap

Het begrip zeggenschap wordt in juridische zin vooral gebruikt in het rechtspersonenrecht. Een rechtspersoon is een papieren fictie, waaraan de wet de mogelijkheid heeft toegekend om rechten en verplichtingen te hebben en als zodanig deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer. Nederland kent een gesloten systeem van rechtspersonen. Alle Nederlandse rechtspersonen zijn te vinden in Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek.
Juist omdat rechtspersonen als drager van rechten en verplichtingen deel (kunnen) nemen aan het maatschappelijk verkeer is van belang dat vaststaat wie de aan de rechtspersoon toegekende rechten kan uitoefenen en wie de rechtspersoon aan verplichtingen kan binden; met andere woorden: wie ‘de zeggenschap’ heeft (= wie besluiten kan nemen namens de rechtspersoon). Ook dat is in boek 2 van het BW geregeld. Hierin is een duidelijke cesuur te onderscheiden: rechtspersonen mèt respectievelijk zònder leden of aandeelhouders.

- De meeste rechtspersonen hebben leden (de vereniging, coöperatie, owm) of aandeelhouders (de BV en de NV). De zeggenschap binnen deze rechtspersonen valt dan samen met ‘stemrecht’; in geval van aandeelhouderschap valt dit bovendien samen met eigendomsrecht. Uitgangspunt is dat ieder lid c.q. ieder aandeel recht geeft op het uitbrengen van één stem ten aanzien van alle onderwerpen waarover beslissingen worden genomen. Overigens kan in de statuten een andere stemverdeling worden opgenomen. Stemmen gebeurt in de Algemene Ledenvergadering (ALV) resp. in de Algemene vergadering van Aandeelhouders (AvA). Het is om deze reden dat de ALV resp. AvA beschouwd wordt als het hoogste orgaan van deze rechtspersonen; daar ligt alle zeggenschap en de aansprakelijkheid voor genomen besluiten.

- De Stichting kent geen leden of aandeelhouders. Ten aanzien van deze rechtsvorm is in de wet niet anders bepaald dan dat de stichting de zeggenschap moet regelen (in de statuten). Is er niets anders geregeld dan heeft het bestuur van de stichting alle zeggenschap. Het bestuur is daarmee ook aansprakelijk voor de genomen besluiten.

2.2.2 Medezeggenschap

Medezeggenschap is in juridische zin het recht om over iets mee te praten en zo invloed uit te oefenen op de besluitvorming. Doorgaans is dit recht voorbehouden aan 'belanghebbenden' of direct betrokkenen, zoals werknemers bij een arbeidsorganisatie, studenten bij onderwijsinstellingen en cliënten bij zorginstellingen. Medezeggenschap is in de publieke sector, inclusief de zorg, al sinds enige decennia geregeld. In 1950 was er al een Wet op de Ondernemingsraden, die grote bedrijven verplichtte werknemers via formeel overleg te horen over het (personeels)beleid. Vanaf 1970 werd het recht op inspraak ook in andere sectoren vastgelegd, bijvoorbeeld van studenten en ouders bij onderwijsinstellingen en later van cliënten bij zorginstellingen.

Medezeggenschap van cliënten van zorginstellingen

De medezeggenschap van cliënten van zorginstellingen is sinds 1996 geregeld in de Wet Medezeggenschap Cliënten zorgsector. De wet verplicht de zorgaanbieder voor elke door hem in stand gehouden instelling een cliëntenraad in te stellen, die binnen het kader van de doelstellingen van de instelling in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen van de cliënten behartigt (art. 2 lid 1). De zorgaanbieder moet schriftelijk regelen: het aantal leden van de cliëntenraad, de wijze van benoeming, welke personen tot lid kunnen worden benoemd en de zittingsduur van de leden; de materiële middelen van de instelling, waarover de cliëntenraad ten behoeve van zijn werkzaamheden kan beschikken. Deze regeling dient zodanig te zijn dat de cliëntenraad redelijkerwijze representatief kan worden geacht voor de cliënten en redelijkerwijze in staat kan worden geacht hun gemeenschappelijke belangen te behartigen. De cliëntenraad heeft een aantal rechten: recht op informatie, op bindende voordracht van een bestuurslid/lid van de RvT, op overleg en op advies. Bij dat laatste recht is er bij een aantal onderwerpen sprake van verzwaard adviesrecht (in bijlage 4 is een beschrijving van de rechten opgenomen).

Medezeggenschap van verzekerden

Er is niet een equivalent van de WMCZ voor verzekerden van zorgverzekeraars. Op grond van de Zvw (art. 28, eerste lid onder b en tweede lid) zijn zorgverzekeraars evenwel verplicht ervoor te zorgen dat verzekerden 'een redelijke mate van invloed' op de zorgverzekeraar hebben. Zo nodig kunnen bij AMvB regels worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste dienen te hebben, maar van deze mogelijkheid is (vooralsnog) geen gebruik gemaakt.
De meeste zorgverzekeraars hebben een ledenraad. In de statuten van zorgverzekeraars is opgenomen dat de zeggenschap van de algemene ledenvergadering overgaat naar de ledenraad. Deze ledenraden hebben langs deze weg belangrijke bevoegdheden gekregen, zoals het benoemen van de raad van commissarissen, decharge verlenen aan de raad van bestuur en de raad van commissarissen, en goedkeuring geven aan belangrijke besluiten van de raad van bestuur.

Bij twee van de drie zorgverzekeraars die een NV of BV zijn en de aandeelhoudersvergadering het hoogste orgaan is (de merken die vallen onder het concern Achmea en ONVZ) heeft een vereniging van leden het merendeel van de aandelen in bezit. Deze verenigingen hebben een ledenraad.

2.3 Rechtsvormen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Onder zorgaanbieders is de meest voorkomende rechtspersoon de stichting. Dit betekent dat cliënten in beginsel geen zeggenschap hebben over (het beleid van) de zorgaanbieder. Dit ligt anders bij zorgaanbieders die de rechtsvorm coöperatie hebben, een ontwikkeling die de laatste jaren vooral in de langdurige zorg in opmars is.
De meeste zorgverzekeraars (VGZ, CZ, Menzis, DSW, Zorg en Zekerheid en ENO) zijn een onderlinge waarborgmaatschappij (owm). Een owm is op te vatten als een coöperatie, maar met een bijzonderheid. Een *coöperatie* is een vereniging die zich ten doel stelt in bepaalde stoffelijke behoeften van haar leden te voorzien door met hen overeenkomsten te sluiten in het bedrijf dat de vereniging te dien einde ten behoeve van haar leden uitoefent. De *onderlinge waarborgmaatschappij* belast zich ten behoeve van haar leden met het verzekeringsbedrijf; de overeenkomsten, die zij met haar leden sluit zijn dus (per definitie) verzekeringsovereenkomsten.
De algemene ledenvergadering is in beginsel het hoogste orgaan van de onderneming; hier berust – in ieder geval formeel – de zeggenschap.
Bij een NV of BV ligt de formele zeggenschap bij de algemene vergadering van aandeelhouders. Een aantal verzekeraars is een NV of BV, namelijk Achmea, ONVZ en ASR. Bij Achmea (voor 65%) en ONVZ (voor 100%) zijn de aandelen in handen van een vereniging. Leden van deze vereniging zijn de klanten van de verzekeraar. Via deze constructie ligt ook hier in principe zeggenschap bij de leden. Het verzekeringsconcern Achmea biedt overigens niet alleen zorgverzekeringen aan, maar ook schade- en inkomensverzekeringen. Naast de Vereniging Achmea heeft de Rabobank 30% van de Achmea-aandelen in bezit. De enige verzekeraar waarvan de klanten c.q. leden het formeel niet voor het zeggen hebben is ASR. Dit is een op winst gerichte verzekeringsmaatschappij, die overigens als gevolg van de bankencrisis tijdelijk eigendom is van de Nederlandse Staat.

2.4 Verhoudingen tussen organen van de rechtspersoon die een zorgonderneming drijft

Zowel zorginstellingen als zorgverzekeraars kennen een aantal interne organen met eigenstandige bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Ze kennen allemaal een Raad van Bestuur, een Raad van Commissarissen of Raad van Toezicht, een Ondernemingsraad en een cliëntenraad of ledenraad[2]. De zorgondernemingen die in de vorm van een BV, NV, coöperatie of owm gedreven worden kennen bovendien – in tegenstelling tot een stichting - een ALV of AVA.
De Raad van Bestuur is verantwoordelijk en aansprakelijk voor het reilen en zeilen van de zorginstelling of zorgverzekeraar, maar verkeert in een hiërarchische verhouding met de Raad van Toezicht/Commissarissen, die immers een goedkeuringsrecht heeft t.a.v. ingrijpende besluiten van de RvB en bovendien de rol van werkgever van de RvB heeft.

[2] Afhankelijk van het type zorginstelling kunnen daarnaast nog andere geledingen binnen de organisatie als orgaan (met bevoegdheden) fungeren, zoals een Vereniging Medische Staf (VMS) en een Verpleegkundige AdviesRaad (VAR) in ziekenhuizen. Deze blijven hier buiten beschouwing.

Indien de organisatie een andere rechtsvorm heeft dan de Stichting ligt de hoogste zeggenschap formeel bij de Algemene Ledenvergadering of Algemene Vergadering van Aandeelhouders. In de praktijk vervult de Algemene Vergadering deze rol echter niet. Soms komt dat doordat in de statuten is bepaald dat de bevoegdheden van de AV aan een ander orgaan zijn voorbehouden. Vaak heeft het te maken met het feit dat de leden zich te weinig betrokken voelen bij de betreffende organisatie. Dit doet zich vooral voor bij grote organisaties met veel leden, waaronder zorgverzekeraars die enkele miljoenen leden hebben. Verzekerden kunnen die als anonieme organisaties ervaren die moeilijk te beïnvloeden zijn. Bovendien is de zorgverzekering voor veel verzekerden een *commodity-product,* waar zij in de regel weinig tijd en energie in steken. Dit is overigens anders voor mensen die relatief veel zorg nodig hebben. Voor hen is de zorgverzekering juist een *high-interest* product. Dit kan ertoe leiden dat met name patiënten invloed (willen) uitoefenen.
Bij de zorgcoöperaties die de laatste jaren vooral in de langdurige zorg ontstaan is dit anders. Deze komen voort uit onvrede met de bestaande situatie en worden geïnitieerd door gedreven mensen en zijn kleinschalig van opzet. De leden voelen zich eigenaar van de coöperatie en gedragen zich daarnaar. Naarmate zij groter worden, neemt echter de kans toe dat de affiniteit en loyaliteit van de leden afneemt.

Positie cliëntenraad ten opzichte van de RvB

De formele positie van de cliëntenraad ten opzichte van de RvB is niet sterk. Hij heeft een adviesrecht maar de RvB kan een advies gemotiveerd afwijzen, zelfs in geval van een verzwaard adviesrecht. Weliswaar moet het bestuur in dat geval het voorgenomen besluit voorleggen aan een Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV), maar deze commissie toetst slechts marginaal; d.w.z. hij toetst of de belangen van alle betrokkenen voldoende zijn meegewogen. Als dit niet het geval is dan moet de zorgaanbieder het besluit intrekken of wijzigen en opnieuw voor advies aan de cliëntenraad voorleggen. Deze Commissie matigt zich dus niet een eigenstandig inhoudelijk oordeel aan. Deze Commissie tracht vooral te bemiddelen en vervolgens een voor beide partijen bindende uitspraak te doen. Dat lukt niet altijd. Zo is onlangs gebleken dat zelfs wanneer de cliëntenraad door de LCvV in het gelijk gesteld wordt, de cliëntenraad bewogen kan worden om geen beroep te doen op de nietigheid van het bestreden bestuursbesluit. Als dit het geval is dan kan het bestreden besluit toch uitgevoerd worden.
De cliëntenraad van een stichting of een vereniging beschikt formeel over het enquêterecht, mits dat ook daadwerkelijk zo is geregeld in de statuten van de organisatie (soms wordt ook een ander vertegenwoordigend orgaan aangewezen zoals het LOC). Het enquêterecht is het recht om de Ondernemingskamer van het Gerechtshof Amsterdam te verzoeken een onderzoek in te stellen naar het beleid en de gang van zaken in een instelling. Dit is echter een zwaar middel met grote gevolgen voor de instelling (het legt feitelijk de bedrijfsvoering voor langere tijd stil) en wordt daarom vrijwel uitsluitend ingesteld indien er een vermoeden is van ‘fors wanbeleid’.

Gegeven de zwakke positie van de cliëntenraden t.o.v. de RvB gaan er stemmen op om voor bepaalde besluiten een instemmingsrecht voor de cliëntenraad in het leven te roepen (zie bijv. Tweede Kamer der Staten-Generaal, Governance in de zorgsector, 32012, nr. 23). Dit naar analogie van de Ondernemingsraad, die reeds een dergelijk instemmingsrecht heeft. De vraag is dan natuurlijk ten aanzien van welke voorgenomen besluiten zo’n instemmingsrecht zou kunnen of moeten gelden. Zo heeft de OR instemmingsrecht ten aanzien van louter personele aangelegenheden, waaronder werktijdenregelingen etc.)

2.5 Conclusie

In het spraakgebruik worden de begrippen zeggenschap en medezeggenschap gemakkelijk door elkaar gehaald. In juridische zin hebben de begrippen een wezenlijk verschillende betekenis.

Zeggenschap is de bevoegdheid om besluiten te nemen die de zorginstelling of zorgverzekeraar binden; deze bevoegdheid is voorbehouden aan de Raad van Bestuur, die daarover overigens wel verantwoording moet afleggen aan RvT/RvC en/of de eigenaren indien deze er zijn.

Medezeggenschap is de bevoegdheid om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in een zorginstelling of zorgverzekeraar. Er zijn per definitie meerdere organen en andere belanghebbenden die invloed kunnen uitoefenen

Bij zeggenschap gaat het om *distributieve macht*, gekoppeld aan eigendom of lidmaatschap: het verdelen van de machtskoek. Bij medezeggenschap gaat het om *cumulatieve macht*, gekoppeld aan vormen van invloed (formeel en informeel): het vergroten van de invloedskoek.

In materiële zin kan medezeggenschap in de buurt van zeggenschap komen. Dat is het geval als er sprake is van (uitgebreide) instemmingsrechten. Medezeggenschap gaat dan verder dan het uitoefenen van invloed; het gaat dan om daadwerkelijk deelnemen in de besluitvorming. Een verschil met zeggenschap is wel dat dit een lijdelijke vorm is: instemming kan alleen worden gegeven of onthouden aan voorgenomen besluiten die door een ander (= RvB) voorbereid zijn.

Hoewel de mate van invloed dus kan variëren (van normaal, via verzwaard adviesrecht tot instemmingsrecht) kan deze nimmer zover gaan dat deze doorslaggevend is. Dit ligt ook voor de hand: het is immers de RvB die (eind)verantwoordelijk en aansprakelijk is voor de gevolgen van genomen besluiten, die de strategie en het beleid van de onderneming betreffen.

3. Medezeggenschap in soorten en maten

Het belang van medezeggenschap van cliënten en verzekerden vindt veel weerklank in de zorg. Dat is ook terug te zien in de principes die centraal staan in het beleid van het Ministerie van VWS, waar bijvoorbeeld veel gesproken wordt over vraagsturing, eigen regie en het centraal stellen van cliënten. Ook participatie met het doel beleid te beïnvloeden, bijvoorbeeld via cliëntenraden of patiëntenorganisaties, staan al enige decennia op de beleidsagenda (Trappenburg 2008; van de Bovenkamp & Trappenburg 2011). Achter het generieke principe van het geven van medezeggenschap aan cliënten en verzekerden gaat echter een breed scala aan activiteiten schuil. Om het debat over medezeggenschap verder te verhelderen brengen we in dit hoofdstuk deze variëteit in beeld. Daarnaast gaan we op basis van bestaand onderzoek in op de ervaringen met verschillende vormen van medezeggenschap van cliënten en verzekerden. Daarbij moet worden opgemerkt dat er veel meer onderzoek is gedaan naar medezeggenschap van cliënten dan van verzekerden. Logisch gevolg hiervan is dat in dit hoofdstuk ook meer aandacht is voor medezeggenschap van cliënten. De resultaten uit het besproken onderzoek zijn echter ook relevant voor medezeggenschap van verzekerden. De inzichten die we opdoen in dit hoofdstuk vertalen we in hoofdstuk 4 in principes van medezeggenschap.

3.1 Argumenten voor medezeggenschap

Cliënten en verzekerden hebben een groot aantal mogelijkheden om invloed uit te oefenen op hun zorg. Een veel gebruikt onderscheid bij het beschrijven van deze mogelijkheden is het onderscheid tussen de mogelijkheid van cliënten en verzekerden om hun stem (voice) te gebruiken en de mogelijkheid invloed uit te oefenen door middel van het maken van keuzes (choice) (Hirschman 1970). Ook deze laatste mogelijkheid is een belangrijke pijler in het beleid van het Ministerie. Cliënten en verzekerden worden immers aangespoord om zich als kritische consumenten te gedragen en op basis van kwaliteitsinformatie geïnformeerde keuzes voor een aanbieder of verzekeraar te maken, en zo invloed uit te oefenen. We beschouwen deze mogelijkheden hier echter niet als vormen van medezeggenschap. We focussen ons hier alleen op mogelijkheden waarbij cliënten en verzekerden hun mening kunnen articuleren en op die manier iets te zeggen hebben over hun zorg of verzekering en de organisatie daarvan.

Medezeggenschap als democratisch uitgangspunt
Hoewel er de laatste jaren een hernieuwde interesse is in medezeggenschap in de zorg, is deze niet nieuw. In Nederland kent medezeggenschap in de zorg al een lange geschiedenis (zie ook Trappenburg 2008; van de Bovenkamp 2010). In de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw had de toenmalige democratiseringsbeweging ook haar effect op de gezondheidszorg, vooral in de psychiatrie. Daar werd gepleit voor het belang van meer inspraak van cliënten op hun eigen zorg maar ook op het beleid van de instelling. Er werd gepleit voor het *recht* van cliënten op inspraak, aangezien zij degenen waren die de consequenties van beslissingen die in de zorg gemaakt werden aan den lijve ondervonden (Oosterhuis & Gijswijt Hofstra 2008). Dit idee van recht op inspraak was ook terug te zien in publieke debatten over de zorg en mondde in de jaren 90 van de vorige eeuw uit in wetgeving die bedoeld was de positie van cliënten te versterken. De WMCZ is daar een belangrijk voorbeeld van, maar te denken valt ook aan de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ).

Medezeggenschap als inhoudelijke bijdrage aan het beleid
Naast het belang van democratisering van besluitvorming wordt medezeggenschap van cliënten en verzekerden ook bepleit vanuit het idee dat dit tot betere besluiten zal leiden. Deze redenering is ook terug te zien in de motie Bouwmeester, Dik-Faber. Dit geldt vooral voor cliënten en verzekerden die zorg gebruiken. Door hun dagelijkse confrontatie met het leven met een bepaalde aandoening of beperking beschikken cliënten over een ander type kennis, te weten ervaringskennis, dan de kennis van professionals, verzekeraars of beleidsmakers. Deze kennis kan worden gebruikt om tot betere besluiten te komen. Zorginstellingen kunnen deze kennis bijvoorbeeld gebruiken om hun zorg aan te passen en verzekeraars kunnen de ervaringen van verzekerden gebruiken bij hun inkoopbeleid. We zullen zo zien dat instellingen en verzekeraars een veelheid aan methoden hebben om deze kennis te ontsluiten.

3.2 Verschillende niveaus van medezeggenschap

Medezeggenschap in de zorg kan plaatsvinden op verschillende niveaus, die we voor de positionering van dit advies kort onderscheiden. Onderscheid kan worden gemaakt tussen het micro niveau (individuele zorgverlener-cliënt/verzekeraar-verzekerde relatie), het meso niveau (zorginstellingen of verzekeraars) en het macro niveau (lokaal en landelijk beleid). In dit rapport focussen we ons op het meso niveau. We beschrijven eerst het micro en macro niveau aangezien ze consequenties kunnen hebben voor medezeggenschap op het meso niveau. Het meso niveau bespreken we in 3.3.

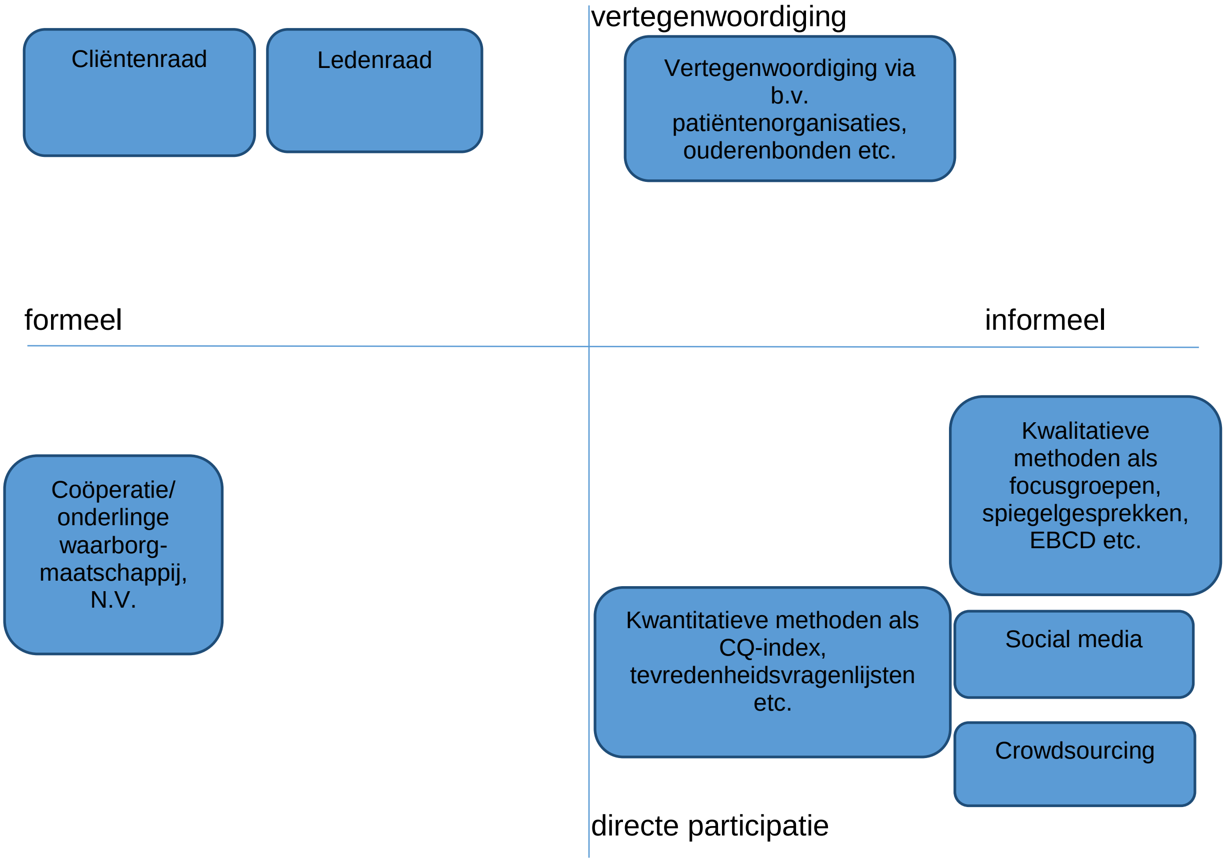
Micro niveau: de cliënt-professional/ verzekerde-verzekeraar relatie
Op het micro niveau is er toenemende aandacht om cliënten en verzekerden meer invloed te geven op de zorg die zij ontvangen. Dit betreft zowel (mede)zeggenschap over medisch inhoudelijke beslissingen als over de organisatie van hun zorg. De eerder genoemde WGBO is bijvoorbeeld bedoeld om de positie van cliënten ten opzichte van hun arts te verstevigen, onder andere door het recht op informatie en toestemming voor medische behandelingen te regelen. Daarnaast is er de laatste jaren toenemende aandacht voor eigen regie, shared decision-making en zelfmanagement in de zorg. Cliënten krijgen een actieve rol toebedeeld bij het organiseren van hun zorg en krijgen daar zo meer zeggenschap over. Zij kunnen bijvoorbeeld in overleg met hun zorgverlener bepalen welke zorg wenselijk is of welke hulp zij nodig hebben om hun aandoening zo goed mogelijk in hun leven in te passen. Het idee is dat op deze manier meer maatwerk geleverd kan worden; de zorg kan zo beter worden afgestemd op de individuele wensen en behoeften van cliënten. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden helpen om dit te regelen, bijvoorbeeld via hun call-centra. Niet alle cliënten en verzekerden zijn echter altijd even actief in het regelen van hun zorg. Hier kunnen verschillende redenen voor zijn. Soms willen ze deze actieve rol niet op zich nemen, in andere gevallen missen zij (al dan niet tijdelijk) de vaardigheden om een actieve rol te vervullen (Van de Bovenkamp & Dwarswaard te verschijnen).
Zowel het idee van het belang van maatwerk, ofwel zorg afgestemd op de individuele wensen van cliënten, als het feit dat cliënten en verzekerden in verschillende mate in staat zijn een actieve rol te vervullen, hebben consequenties voor het meso niveau van medezeggenschap. Op dat niveau moet immers rekening worden gehouden met de verschillende voorkeuren en mogelijkheden van individuele cliënten en verzekerden.

Macro niveau: lokaal en landelijk beleid
Ook op het landelijke en lokale niveau is er veel aandacht voor invloed van cliënten. Zo kunnen vertegenwoordigers van cliënten, veelal via patiënten organisaties, participeren bij medische richtlijn ontwikkeling, het bepalen van de medische onderzoeksagenda en het formuleren van landelijk en lokaal overheidsbeleid (Van de Bovenkamp et al. 2010; Van de Bovenkamp & Vollaard 2015). Het Ministerie van VWS heeft ook actief ingezet op het mogelijk maken van medezeggenschap op dit niveau, onder andere door het openstellen van overlegtafels en het subsidiëren van de patiëntenbeweging (Trappenburg 2008; van de Bovenkamp & Trappenburg 2011).
Ook tussen het macro niveau en het meso niveau kan interactie plaatsvinden in de praktijk; denk bijvoorbeeld aan de lobby van koepelorganisaties van cliëntenraden voor het opnemen van medezeggenschap in instellingen in wetgeving of mogelijke interacties tussen cliëntenraden en wmo-adviesraden. Voor wat betreft de invloed van verzekerden op landelijk niveau zijn er geen vergelijkbare overlegtafels of andere beïnvloedingsmogelijkheden. Wel is sinds kort sprake van een overleg tussen ledenraden van verzekeraars. Dit overleg is op initiatief van de ledenraden zelf ontstaan mede naar aanleiding van het RVZ advies over de stem van de verzekerde en is vooralsnog informeel van aard.

Bovenstaande laat zien dat als het gaat om medezeggenschap in de zorg er een grote variëteit aan activiteiten en mogelijkheden bestaat die zich op verschillende niveaus afspelen. Als gezegd zal in dit rapport de focus liggen op het meso niveau, waar relevant zullen we een verbinding maken met de twee andere niveaus.

3.3 Mogelijkheden tot zeggenschap op het meso niveau

In deze paragraaf gaan we nader in op de verschillende vormen op het meso niveau. We maken hierbij onderscheid tussen a) formele en informele vormen en b) vertegenwoordiging en directe participatie van cliënten en verzekerden. De verschillende vormen die we hier onderscheiden worden weergegeven in onderstaande figuur. Deze paragraaf is niet bedoeld als uitputtend overzicht van methoden die kunnen worden gebruikt om cliënten en verzekerden te horen en beleid aan te passen aan wat zij belangrijk vinden. Wel is getracht om inzicht te bieden in de veelzijdigheid die achter het begrip van medezeggenschap in de zorg schuilgaat.



Hieronder gaan we in op wat er bekend is over deze verschillende vormen. Wat opvalt, is dat in de Nederlandse situatie lange tijd veel nadruk heeft gelegen op het regelen van formele vormen van vertegenwoordigende medezeggenschap.

3.3.1 Cliëntenraden

Een voorbeeld van medezeggenschap in zorgorganisaties dat veel aandacht krijgt en ook formeel geregeld is in wetgeving is de cliëntenraad. Naar het functioneren van cliëntenraden is al veel onderzoek gedaan (zie b.v. Mein & Oudenampsen 2015; Van der Kraan & Meurs 2008; van der Voet 2005; Hoogerwerf et al. 2004; Schillemans et al. 2016). We besteden hier kort aandacht aan de belangrijkste resultaten van dit onderzoek.

Hoewel cliëntenraden verregaande adviesrechten hebben en in theorie een belangrijk vertegenwoordigend kanaal voor medezeggenschap zijn, laat onderzoek zien dat de praktijk van dit medezeggenschapskanaal weerbarstig is.

Een van de problemen die in dat onderzoek wordt geconstateerd is het punt van de representativiteit van deze raden. Zo zijn leden in de cure vaak hoogopgeleid[3], blank, met een achtergrond in de zorg of het openbaar bestuur (Mein & Oudenampsen 2015). Zij worden niet zozeer geselecteerd op basis van hun ervaringsdeskundigheid maar op basis van hun deskundigheid op het gebied van financiën, management, ICT of zorg (Van der Meide et al. 2014, Kuijsten 2014). Dit betekent dat zij onder behandeling in het ziekenhuis kunnen zijn (geweest), maar dat dit niet het geval hoeft te zijn (Hoogerwerf et al. 2004). In de care sector hebben instellingen veelal te maken met cliënten die zo’n zware zorgvraag hebben dat ze moeite hebben met het participeren in een formele raad. Deze raden hebben dan ook vaak moeite met het

[3] In de laatste evaluatie van Mein & Oudenampsen (2015) komt een cliëntenraad aan bod die expliciet het criterium HBO+ hanteert en het hebben van bestuurlijke ervaring. Het idee is dat alleen dan meegepraat kan worden met de Raad van Bestuur.

vinden van leden en het kan voorkomen dat in plaats van cliënten zelf familieleden zitting nemen in de raad (Trappenburg 2008). Deze samenstelling hoeft geen probleem te zijn, cliëntenraden hoeven geen representatieve *afspiegeling* van hun achterban te zijn. Het is dan echter wel van belang dat raadsleden *responsief* zijn naar hun achterban en weten wat er in de achterban leeft door daarmee in contact te staan (zie ook hoofdstuk 4). Onderzoek laat echter zien dat dit contact met de achterban erg beperkt is en dat veel cliëntenraden wat dit betreft winst kunnen boeken door gebruik te maken van andere participatiekanalen (Mein & Oudenampsen 2005) zoals enquêtes, focusgroepen, spiegelgesprekken en andere methoden.

Een ander punt dat naar voren komt in het onderzoek naar cliëntenraden is dat de raden vaak moeite hebben om hun stempel te drukken op het beleid van de instelling. Het blijkt lastig om daadwerkelijk invloed uit te oefenen. Er bestaan grote verschillen in de tevredenheid van cliëntenraden met hun rol in de instelling (zie b.v. Mein & Oudenampsen 2015). Wat daarbij opvalt, is de afhankelijkheid van de Raad van Bestuur. De RvB bepaalt veelal de marges waarbinnen cliëntenraden invloed kunnen uitoefenen. Cliëntenraden hangen op hun beurt veelal een harmoniemodel aan, om hun afhankelijke en betrekkelijk fragiele positie niet op het spel te zetten. Zij maken daarbij maar weinig gebruik van hun formele bevoegdheden, deze worden vooral gezien als stok achter de deur. Onderzoek en casuïstiek laten zien dat het daadwerkelijk inzetten van deze stok ingewikkeld is (zie b.v. Trouw 30 maart 2015, Volkskrant 1 april 2015, Mein & Oudenampsen 2015). Er kan geconcludeerd worden dat het cliëntenraden niet zozeer ontbreekt aan wettelijke bevoegdheden als wel dat ze bestaande bevoegdheden beperkt gebruiken in de praktijk en als ze gebruikt worden ze lastig door te voeren zijn in de praktijk. Het functioneren van de cliëntenraad in de praktijk hangt dan ook sterk af van de cultuur in de instelling (Mein & Oudenampsen 2015, stakeholderbijeenkomst 2 maart 2016).

Bovenstaande laat zien dat het cliëntenraden niet altijd lukt een vuist te maken. Ten einde die vuist wel te kunnen maken wordt wel gepleit voor professionalisering van de raden (De Savornin Lohman et al. 2000, Hoogerwerf 2004, van der Kraan & Meurs 2008). Deze gevoelde noodzaak wordt versterkt doordat cliëntenraden gevraagd worden advies te geven over ingewikkelde 'grote besluiten' (denk aan fusies, jaarrekeningen etc.) en daarover mee te praten met de RvB. Deze professionalisering draagt echter het gevaar in zich dat raadsleden nog verder weg komen te staan van hun achterban en cliëntenraden verworden tot een tweede Raad van Toezicht, wat tot rolvermenging leidt.

Er zijn ook cliëntenraden die zich niet focussen op de 'grote besluiten' en het volgen van de agenda van de RvB, maar hun eigen agenda bepalen met aandacht voor zowel de grote als 'kleine kwaliteit'; de dingen die in de alledaagse praktijk een grote impact hebben op het leven van cliënten maar al snel van de agenda verdwijnen wanneer er vergaderd moet worden over jaarrekeningen, kwaliteitsprotocollen, fusies etc. (Trappenburg et al. 2009; Schillemans et al. 2016). Voorbeelden van kleine kwaliteit zijn het dragen van naamplaatjes op de kleding door verzorgenden, de viering van het kerstfeest, variatie in het broodbeleg, het beleid rondom gezamenlijk douchen etc. (Trappenburg et al. 2009, Zuiderent-Jerak et al.2009). Het centraal stellen van dit type onderwerpen maakt dat onderwerpen die voor cliënten van belang zijn een steviger positie krijgen in het beleid van de zorginstelling. Bovendien kan een grotere groep cliënten meepraten in de raad en wellicht dat meer cliënten zich daartoe aangetrokken zullen voelen. Beiden kunnen vanuit het doel van het democratiseren van besluitvorming als positief worden beschouwd. Ook komt het aanvullende perspectief van cliënten om zo tot betere besluitvorming te komen, een ander belangrijk argument voor medezeggenschap, beter tot zijn recht (Schillemans et al. 2016).

De vraag wat de onderwerpen zijn die in het werk van cliëntenraden centraal zouden moeten staan, hangt ook samen met de vraag op welk niveau in de organisatie de

cliëntenraden worden gepositioneerd. Raden met een focus op onderwerpen die het dagelijks leven direct raken worden logischerwijs dicht bij de zorg georganiseerd en niet centraal ver weg van die dagelijkse zorg. Dit betekent niet dat er geen rol bestaat voor centrale cliëntenraden; maar wel dat zij in combinatie bestaan met lokale raden (of in combinatie bestaan met andere participatiemethoden, we bespreken deze in paragraaf 3.3.4). De centrale raad staat bovendien ook voor de keuze om de agenda van de RvB te volgen of zijn eigen agenda te bepalen. Tijdens de stakeholderbijeenkomst georganiseerd door het Ministerie van VWS op 2 maart jl., werd er bijvoorbeeld voor gepleit dat deze raad haar eigen prioriteiten kan stellen door zich hard te maken voor vraaggestuurde zorg op het individuele niveau (zie ook paragraaf 3.1). De raad hoeft dan niet op te komen voor een abstract cliënten perspectief en dat toe te passen op allerlei beleidsstukken, maar kan er zo voor zorgen dat individuele cliënten de ruimte krijgen om hun eigen zorg vorm te geven.

Cliëntenraad AMC

De cliëntenraad van het AMC is in 2014 van start gegaan na een intensieve openbare werving van leden van de cliëntenraad. Er waren veel gegadigden, bij de uiteindelijke samenstelling hebben diversiteit, ervaringsdeskundigheid, contactuele vaardigheden, en algemene kennis van het werken in complexe organisaties de doorslag gegeven. De cliëntenraad heeft zijn eigen agenda opgesteld aan de hand van veel gesprekken in het AMC met patiënten en met professionals. De cliëntenraad 'wil de permanente dialoog aangaan met de AMC gemeenschap', de raad wil niet als 'klasse vertegenwoordiger de stem van de klas vertolken, de raad is *geen* vertegenwoordiger van de AMC –patiënt'. De raad wil het perspectief van de patiënt centraal stellen en van daaruit gevraagd en ongevraagd in gesprek gaan met de geledingen van het AMC en bijdragen aan betere zorg en daar ook zijn invloed voor aanwenden.

3.3.2 Ledenraden en verzekerdenraden

De meeste verzekeraars hebben een leden- of verzekerdenraad (NZa 2007, RVZ 2014). Verzekerden hebben zitting in deze raden. Leden- en verzekerdenraden zijn minder veelvuldig onderzocht dan cliëntenraden. Uit de verhalen van de aanwezigen op de stakeholder bijeenkomst (Utrecht, 2 maart 2016) kwam naar voren dat de aanwezige leden van deze raden tevreden zijn met het functioneren ervan. Zij hadden de indruk dat er naar hen geluisterd werd en ze de benodigde informatie kregen. Ook kwam geen duidelijke wens naar meer verregaande bevoegdheden naar voren.

Net als in het geval van cliëntenraden werd ook in het geval van leden- en verzekerdenraden niet zozeer een gebrek aan bevoegdheden geconstateerd als wel dat het in de praktijk nog zoeken is naar hoe daar op goede manier invulling aan te geven. Punten waarop invloed gewenst is die werden genoemd zijn onder andere de communicatie met verzekerden en het verschaffen van informatie over premiestelling. Er leek enige huiver te bestaan over het invloed uitoefenen op het inkoopbeleid omdat leden de benodigde kennis daarvoor zeiden te missen en de verantwoordelijkheid daarvoor niet willen dragen. In eerder onderzoek kwam ook naar voren dat de raden vooral invloed hadden op de procedures maar niet op de inhoud. In dat onderzoek werd echter ook geconstateerd dat verzekerden zelf het laatste van belang vinden (van der Schee et al 2000, NZa 2007). Het huidige wetsvoorstel 'versterking invloed verzekerden' komt aan deze wens tegemoet door vooral nadruk te leggen op invloed op het inkoopbeleid. Als gezegd lijkt er onder ledenraden zelf enige huiver te bestaan om zich toe te leggen op dit onderwerp.

Uit het onderzoek dat wel bestaat naar het functioneren van leden- en verzekerdenraden (RVZ 2014, van der Schee e.a. 2000) komen wel verschillende

knelpunten met betrekking tot het functioneren van deze raden naar voren. Ze komen goeddeels overeen met de geïdentificeerde problemen in het onderzoek naar cliëntenraden. Zo zouden de leden en verzekerdenraden onvoldoende onafhankelijk opereren, de leden over onvoldoende deskundigheid beschikken, kampen met representativiteitsproblemen en beperkt verantwoording afleggen over hun handelen naar hun achterban (RVZ 2014). Bovendien zijn weinig verzekerden op de hoogte van het bestaan van de raden (NZa 2007). Dat deze problemen hardnekkig zijn, laat het feit dat ze eerder ook al geconstateerd zijn in onderzoek naar ziekenfondsraden zien (Van der Schee et al. 2000). Deze problemen roepen weer vragen op over de link van dit vertegenwoordigende orgaan met de achterban en over de afweging tussen professionalisering en representativiteit van de raden.

3.3.3 Zorgcoöperaties

Een ontwikkeling die van belang is te noemen is de opkomst van zorgcoöperaties. In juridische zin is hier geen sprake van een voorbeeld van medezeggenschap maar van zeggenschap, aangezien de leden van de coöperaties zelf het hoogste orgaan zijn (zie hoofdstuk 2). Zorgcoöperaties kunnen in het kader van de participatiesamenleving rekenen op toenemende belangstelling en nemen ook daadwerkelijk in aantal toe in de praktijk (Bokhorst 2015a). Zorgcoöperaties worden wel gepositioneerd als luis in de pels van zorgorganisaties; zij springen in een gat door meer cliëntgerichte zorg te verlenen. Wanneer zorgorganisaties hun zorg aanpassen aan deze wensen van cliënten, worden zij wellicht overbodig (Bokhorst 2015b).

Er is nog weinig bekend over hoe succesvol zorgcoöperaties in de praktijk zijn (Bokhorst 2015b). Wel wordt de mate waarin coöperaties bewoners weten te mobiliseren als belangrijke succesfactor gezien (ibid.). Er is commitment nodig van burgers ook als ze dat minder goed uit komt, zorgcoöperaties moeten daarom een collectieve actieprobleem zien op te lossen (Uitermark 2015). Zorgcoöperaties vragen om een grote mate van activiteit van burgers. Zo wordt in de literatuur opgemerkt dat mensen weer moeten leren voor elkaar te zorgen en mensen af moeten van het idee dat ze liever zorg van professionals krijgen (Bokhorst 2015b). Dit roept wel de vraag op hoe dit zich verhoudt tot individuele zeggenschap en de mogelijkheid die burgers hebben om eigen keuzes te maken met betrekking tot de organisatie van hun eigen zorg (Dwarswaard & van de Bovenkamp 2015). Uitermark (2015) merkt bovendien op dat het vermogen tot collectieve coöperatieve actie ongelijk verdeeld is. Net als bovengenoemde vormen van medezeggenschap, leunen initiatieven tot het vormen van coöperaties dan ook vooral op hogeropgeleiden. Exclusiviteit van coöperaties ziet hij daarbij als structureel en noodzakelijk kenmerk. Dit maakt dat coöperaties vooral geschikt zijn voor mensen die hun zaakjes al goed op orde hebben. Ze vervullen daarmee specifieke behoeften voor specifieke groepen en zijn daarom volgens de auteur geen alternatief voor staat en markt (ibid.).

Hoewel zorgcoöperaties als ultieme vorm van zeggenschap worden gezien, zijn ze dus niet voor iedereen toegankelijk. Bovendien wordt ook binnen deze organisatievorm soms de noodzaak gevoeld om dingen buiten de zeggenschapsstructuur te regelen. Zo laat Bokhorst (2015b) zien dat sommige coöperaties ervoor kiezen bepaalde zaken in een aparte rechtsvorm te gieten om er voor te zorgen dat besluiten rationeel en niet emotioneel genomen worden. Daarnaast wordt ook in zorgcoöperaties de toegevoegde waarde en noodzaak van professionele managers gezien omdat besturen niet alles zelf moeten willen doen. Ook hier is dus een wens tot taakverdeling aanwezig. De ervaring met ziekenfondsen, die ook begonnen zijn als kleinschalige coöperaties maar zijn uitgegroeid tot grootschalige organisaties zijn hier relevant. Wanneer dit gebeurt, leert de ervaring daar dat de kans toeneemt dat affiniteit en loyaliteit van de leden afneemt.

3.3.4 Informele participatie methoden

Naast de hierboven beschreven formele (mede)zeggenschapsstructuren gebruiken zorginstellingen en verzekeraars ook allerlei informele methoden om cliënten en verzekerden te horen en die inbreng te gebruiken om hun zorg en beleid beter af te stemmen op de wensen van cliënten en verzekerden.

Interactie met het macro niveau

Dit zijn deels methoden die leunen op betrokkenheid van vertegenwoordigers van cliënten (dit geldt niet voor verzekerden, aangezien zij op dit niveau niet georganiseerd zijn). Te denken valt aan overleg met patiënten- en ouderenorganisaties. Deze organisaties kunnen signalen die ze krijgen uit hun achterban bespreken met zorgorganisaties of verzekeraars. Een aantal patiëntenorganisaties sluit bovendien collectiviteitsverzekeringen af voor haar achterban (Berk et al. 2008). Patiëntenorganisaties kunnen ook helpen om de hieronder genoemde participatie methoden te faciliteren. Regionale Zorgbelang organisaties zijn hier een voorbeeld van en fungeren zo als intermediair tussen zorgorganisaties en hun achterban (Van de Bovenkamp & Vollaard 2015). Ook zijn er contacten mogelijk tussen patiëntvertegenwoordigers die op het niveau van lokaal beleid actief zijn in het kader van de decentralisaties, zoals wmo adviesraden, gemeenteraden, zorgprofessionals etc. (ibid.).

Directe participatie van cliënten/verzekerden binnen instellingen en verzekeraars

Er is een keur aan methodieken die leunen op directe participatie van cliënten/verzekerden[4]. Deze kunnen kwantitatief van aard zijn; zoals de CQ-index en tevredenheidsvragenlijsten. Er is ook steeds meer aandacht voor kwalitatieve methoden zoals focusgroepen, klantenpanels, spiegelgesprekken en *Experience Based Co-Design* (EBCD) (Bate & Robbert 2009, Vennik et. al 2013). Daarnaast bestaan vormen waar cliënten/verzekerden betrokken worden bij de dagelijkse uitvoering van taken van instelling of verzekeraar. Zo zijn er voorbeelden waar ervaringsdeskundigen mee gaan met gesprekken over zorginkoop. Ook kunnen cliënten en verzekerden worden bevraagd als onderdeel van kwaliteitsverbeteronderzoek in de organisatie (zie b.v. Timmermans & Stoopendaal 2015). Via internet kan daarnaast op allerlei manieren contact met cliënten en verzekerden worden gezocht. Zo kunnen instrumenten als *crowdsourcing* worden ingezet waarmee een brede groep cliënten/verzekerden kan worden bereikt (RVZ 2014). Ook kan via de website contact worden gezocht om ideeën op te halen bij cliënten/verzekerden.

Op de website van Zilveren Kruis worden verzekerden opgeroepen om suggesties te doen voor kwaliteitsverbetering: ‘ *Heb je een goed idee voor Zilveren Kruis? Laat je horen! Dit is de plek om je idee met ons te delen, zodat wij er werk van kunnen maken’.* Er wordt ook gereageerd door de verzekeraar op de suggesties die gedaan worden, bijvoorbeeld over vergoedingen van bepaalde behandelingen. Andere verzekerden kunnen ook reageren en voorstellen liken zodat gezien kan worden of meerdere verzekerden het eens zijn met de aangedragen suggesties.
Zie: https://forum.zilverenkruis.nl/t5/Denk-Mee/idb-p/IdeaExchange

[4] Er bestaat in de literatuur debat over of deze vormen niet ook als vormen van vertegenwoordiging moeten worden beschouwd gezien het kleine aantal participanten dat er aan mee doet (Brown 2006; Warren 2006). Hier zien we ze echter als een vorm van directe participatie aangezien cliënten en verzekerden worden aangesproken om hun ervaringen te delen als individuele cliënt/verzekerde. Dat neemt niet weg dat het van belang is om aandacht te besteden aan welke groepen cliënten/verzekerden daadwerkelijk participeren en of dit betekent dat bepaalde groepen buiten beeld raken.

Er is in de zorg al in meer of minder mate ervaring opgedaan met bovenstaande instrumenten. Uit het beschikbare onderzoek ernaar blijkt dat de verschillende methoden elkaar kunnen aanvullen. Waar kwantitatieve methoden zoals tevredenheidsvragenlijsten en CQ-indexen een algemeen beeld kunnen schetsen over kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van cliënten en verzekerden (zie bv. Damman et al. 2009), kunnen kwalitatieve methoden meer diepgaand inzicht bieden in wat cliënten/verzekerden precies van belang vinden. Deze meer diepgaande informatie wordt van belang geacht om de inbreng van cliënten en verzekerden daadwerkelijk te gebruiken voor kwaliteitsverbetering (Vennik et al. 2013; Vennik et al. 2016). Voor deze methoden geldt dat een belangrijk aandachtspunt het omzetten van de geïdentificeerde verbeterpunten naar daadwerkelijke verbeteringen is. Er bestaat een groot gevaar dat deze stap niet wordt gezet. Om er voor te zorgen dat ook deze laatste stap wordt gemaakt zijn ook weer speciale methoden ontwikkeld, een goed voorbeeld daarvan is Experience Based Co-Design (ibid.).
Deze informele directe vormen van participatie hebben het voordeel dat een grotere groep cliënten en verzekerden hun stem kunnen laten horen. Dit kan zijn in termen van absolute aantallen zoals in het geval van de kwantitatieve methoden, maar ook in termen van welke groepen het mogelijk wordt gemaakt om mee te praten. Vertellen over de eigen ervaringen en wensen in een focusgroep of spiegelgesprek behoort immers voor een grotere groep tot de mogelijkheden dan vergaderen in een cliëntenraad/ledenraad. Dit neemt niet weg dat ook deze informele methoden niet voor iedereen geschikt zijn, denk alleen al aan de tweeënhalf miljoen laaggeletterden in Nederland (www.rekenkamer.nl) die moeilijkheden zullen hebben om lange vragenlijsten in te vullen. Ook van andere participatiemethoden is bekend dat bepaalde groepen eerder geneigd zijn er aan deel te nemen dan anderen, waarbij hoogopgeleiden oververtegenwoordigd zijn. Onderzoek naar het gebruik van kwalitatieve methoden in de zorg laat zien dat het wel mogelijk is om groepen die moeilijk te bereiken zijn toch te laten participeren, dit vereist echter wel actieve inzet om deze groepen te benaderen (Vennik et al. 2016).

In het kader van het project *kwaliteitsverbetering vanuit de ervaringen van patiënten*, werd in verschillende ziekenhuizen geëxperimenteerd met het gebruik van kwalitatieve methoden om inzicht te krijgen in wat patiënten van belang vinden in de zorg om op basis daarvan de kwaliteit van zorg te verbeteren. In de woorden van een betrokken arts was dit belangrijk omdat:
En dus wat ik zelf ook wel plezierig vind, is enerzijds om meer gedetailleerde informatie te krijgen over wat mensen nou echt van de zorg hier vinden, die wij hier leveren, en wat hun eigen ideeën daarover zijn, want dat is natuurlijk ook iets van wij doen, proberen, heel veel dingen te doen waarvan wij denken dat patiënten dat goed of leuk of plezierig vinden. Maar is dat ook zo? Vinden ze dat daadwerkelijk belangrijk?
(Vennik et al, 2013, zie ook voor nadere informatie over deze kwalitatieve methoden)

Gebruik maken van bestaande bronnen
Een andere mogelijkheid voor verzekeraars en zorginstellingen om aandacht te besteden aan het perspectief van cliënten en verzekerden is om gebruik te maken van reeds bestaande bronnen. Dit zijn geen participatievormen met als doel medezeggenschap te regelen. We willen ze hier kort noemen aangezien ook deze

methoden verzekeraars en zorginstellingen belangrijke informatie kunnen verschaffen om de zorg te verbeteren op basis van de ervaringen van cliënten en verzekerden. Ze kunnen worden gebruikt om de inbreng van cliënten/verzekerden te vertalen in het beleid van de instelling of verzekeraar. Te denken valt aan wetenschappelijk onderzoek naar de wensen en ervaringen van cliënten en verzekerden of berichten op *social media* (van de Bovenkamp & Adams 2012). Ook de inbreng van cliënten en verzekerden op het individuele niveau kan gebruikt worden als input voor het beleid van de zorginstelling en verzekeraar. Vragen en opmerkingen die binnenkomen bij call-centra van verzekeraars kunnen bijvoorbeeld worden geanalyseerd en als inbreng worden gebruikt in het beleid van de verzekeraar. Uit deze inbreng kunnen immers generieke ideeën worden gehaald over wat cliënten en verzekerden van belang achtten. Hetzelfde geldt voor klachten die worden ingediend bij de zorginstelling en verzekeraar. Deze worden idealiter gezien als signalen die kunnen worden gebruikt om het beleid te verbeteren. In het geval van zorgaanbieders is de wettelijk verplichte klachtregeling daar zelfs mede voor bedoeld (art. 17 lid 1 Wkggz).

3.4 Interacties tussen medezeggenschap van verzekerden en cliënten en interacties tussen verschillende methoden

De verschillende vormen van (mede)zeggenschap kunnen elkaar versterken. Zo kan collectieve medezeggenschap via bijvoorbeeld de cliëntenraad, individuele zeggenschap mogelijk maken door aandacht te vragen voor het feit dat cliënten de mogelijkheid moeten hebben om invloed op hun eigen zorg uit te oefenen. Zeker in het geval van cliënten die langdurig in een zorginstelling verblijven is het bijvoorbeeld van belang dat zorg wordt aangepast aan het levensritme van de cliënt. Op deze manier wordt bovendien voorkomen dat er een algemeen beeld van ‘het cliënten/verzekerdenperspectief’ naar voren komt dat geen recht doet aan de verschillende wensen van cliënten en verzekerden.

Er is ook een wisselwerking mogelijk tussen formele en informele methoden van (mede) zeggenschap (Mein & Oudenampsen 2015). Cliënten- en leden- en verzekerdenraden kunnen bijvoorbeeld gebruik maken van informele methoden, door henzelf of door de instelling georganiseerd, om als input te dienen voor het bepalen van hun agenda. Dit is een manier om meer responsief te zijn naar hun achterban en kan zo het veelvuldig gesignaleerde representativiteitsprobleem tegengaan (zie ook hoofdstuk 4).

Er zijn ook botsingen mogelijk tussen verschillende vormen van medezeggenschap. Zo kan tussen medezeggenschap van cliënten en medezeggenschap van verzekerden frictie ontstaan. De belangen van cliënten en verzekerden lopen immers niet altijd synchroon. Sterker, botsingen daartussen zijn goed denkbaar. Zo zullen cliënten gericht zijn op de best mogelijk kwaliteit van zorg en minder op de prijs daarvan, terwijl verzekerden ook sterk gericht zullen zijn op het laag houden van de premie. Hoewel interacties tussen bijvoorbeeld cliëntenraden en ledenraden nuttig kunnen zijn voor het uitwisselen van informatie, kan deze uitwisseling ook problematisch zijn.

Een andere mogelijke botsing is die tussen verzekerden die geen gebruik maken van zorg en degenen die dat wel doen. Deze frictie is op het niveau van de leden- en verzekerdenraden soms zichtbaar en voelbaar. Sommige leden lijden bijvoorbeeld aan een chronische aandoening en hebben uit dien hoofde commentaar op delen van het beleid van de verzekeraar, terwijl anderen juist datzelfde beleid positief kunnen waarderen.

Ook de verschillende methoden die gebruikt worden door verzekeraar of instelling kunnen fricties opleveren. Dit kan gebeuren wanneer de cliënten- of leden- of verzekerdenraad een andere opvatting is toegedaan dan naar voren komt uit informele directe vormen van medezeggenschap. Literatuur over initiatieven op het

gebied van participatieve democratie (bijvoorbeeld een inspraakavond in een gemeente) laat zien dat deze kan botsen met de representatieve democratie (bijvoorbeeld de gemeenteraad) (Mayer, Edelenbos et al. 2002). Het is goed denkbaar dat dit type conflict zich ook binnen instellingen en verzekeraars kan voordoen. Zo laten Mein & Oudenampsen (2015) zien dat dit kan gebeuren tussen centrale en lokale cliëntenraden. Het gevaar bestaat zo ook dat de verschillende vormen tegen elkaar worden uitgespeeld door bestuurders.

3.5 Conclusie

Op basis van dit hoofdstuk kunnen we concluderen dat er een brede variëteit schuilgaat achter het concept medezeggenschap en dat er al veel medezeggenschap plaatsvindt in de praktijk. Discussies over medezeggenschap van cliënten en verzekerden zouden dan ook over meer moeten gaan dan het geven van meer of minder rechten aan cliëntenraden en leden- en verzekerdenraden. Medezeggenschap dient verschillende doelen, vindt plaats op verschillende niveaus en kan vormgegeven worden met verschillende methodieken. Deze variatie maakt dat het belangrijk is om debatten over medezeggenschap scherp te positioneren.

In dit hoofdstuk legden wij de focus op het meso niveau (zorginstelling en verzekeraar) en brachten in kaart welke methoden er aanwezig zijn om (mede)zeggenschap vorm te geven. We maakten daarbij onderscheid tussen formele en informele vormen en vormen die rusten op vertegenwoordiging en op directe participatie. Deze verschillende vormen hebben verschillende voor- en nadelen. Bovendien verschillen ze in termen van intensiteit en wat er gevraagd wordt van cliënten en verzekerden om te participeren. Ook verschillen ze in termen van welk cliënten/verzekerdenperspectief naar boven wordt gehaald. Het perspectief van een professionele cliëntenraad is bijvoorbeeld anders dan het perspectief dat naar boven wordt gehaald door cliënten te vragen hun ervaringsverhalen te delen in een focusgroep. Hoewel er in Nederland veel aandacht bestaat voor formele vertegenwoordigingsstructuren maakt het voorgaande dat het aan te bevelen is breder naar het onderwerp medezeggenschap te kijken. Formele en intensieve vormen zijn immers niet altijd beter dan informele meer ad hoc vormen om de doelen achter het medezeggenschapsbeleid te behalen (Trappenburg 2008, Van de Bovenkamp 2010).

Inzichten uit dit hoofdstuk laat ook een aantal terugkerende knelpunten zien met de formele vormen die veelvuldig in de belangstelling staan. Dit betekent niet dat deze vormen niet relevant zijn voor de zorg. Wel dat er verbetering mogelijk is in het functioneren ervan. Dit kan bijvoorbeeld door raden meer hun eigen agenda te laten bepalen, waarbij ruimte is voor de onderwerpen die cliënten en verzekerden zelf belangrijk vinden (Schillemans et al. 2016). Ze kunnen daarbij gebruik maken van inzichten ontsloten door meer informele methoden.

We hebben de inzichten uit dit hoofdstuk vertaald in principes die van belang zijn voor goede medezeggenschap. Deze worden uiteengezet in het volgende hoofdstuk.

4. Principes van medezeggenschap

In dit hoofdstuk bespreken we een aantal principes dat naar ons oordeel leidend dient te zijn bij de vormgeving van medezeggenschap. De principes bouwen voort op de praktijken die in hoofdstuk 3 zijn beschreven en de juridische kaders van hoofdstuk 2.
We hebben de volgende principes onderscheiden:

1. doelen van medezeggenschap zijn bepalend voor de inrichting
2. medezeggenschap is altijd ‘work in progress’
3. medezeggenschap is gebaat bij variëteit
4. responsiviteit
5. rolvastheid
6. diversiteit

Hieronder bespreken we elk van deze principes apart, ze vertonen uiteraard een zekere overlap. Bij elk principe komt ook de huidige praktijk ter sprake en de gewenste richting.

4.1 Doelen bepalend voor inrichting

Bij het vormgeven van medezeggenschap van cliënten en verzekerden zijn- zoals eerder aangegeven- tenminste twee doelen in het geding:

- medezeggenschap als democratisch uitgangspunt
- medezeggenschap als inhoudelijke bijdrage aan het beleid

Democratisch uitgangspunt
Bij het democratisch uitgangspunt gaat het om de formele positie van de cliëntenraden/ledenraden ten opzichte van de raad van bestuur en hun formele bevoegdheden. Representativiteit speelt hierbij een belangrijke rol (daaraan ontlenen de vertegenwoordigers hun legitimiteit). Verkiezingen kunnen een methode zijn om dit principe vorm te geven. Burgers –in hun rol van verzekerde of cliënt –bepalen zo door wie zij worden vertegenwoordigd in de raad en die raad legt verantwoording af over gevoerde acties.
Het hier aangehaalde onderzoek heeft laten zien dat de vrije verkiezingen in de praktijk van de zorg niet veel waarde toevoegen. Er is nauwelijks sprake van een (her)kenbare gemeenschap van leden dan wel cliënten (zoals bijvoorbeeld bij de OR) die zich als kiesgerechtigden willen manifesteren. Belangrijker lijkt het om de openbare werving van nieuwe leden voor de raden te versterken en te formaliseren. Het gebeurt nu steeds meer in de praktijk. Deze openbare werving biedt twee soorten voordelen: het is zichtbaar welke kwaliteiten worden gezocht, het dwingt betrokkenen om de eisen aan de persoon te expliciteren en dat ook zichtbaar te maken. Om te voorkomen dat de representativiteit te weinig wordt ingevuld, is het belangrijk ook de principes van responsiviteit en diversiteit in acht te nemen.
Bij medezeggenschap als democratisch uitgangspunt gaat het ook om vormen van tegenmacht te organiseren en machtsconcentratie tegen te gaan. In het governance debat wordt dit het principe van ‘checks and balances’ genoemd. Hier is de variëteit groter. We hebben in hoofdstuk 3 verschillende vormen laten zien zoals het werken met focusgroepen, het organiseren van strategische sessies met cliënten en verzekerden etc.. Hier speelt het representativiteitscriterium een minder zware rol en staan de ervaringskennis die door cliënten worden ingebracht centraal. Het gaat er om dat deze kennis wordt gehoord en betrokken wordt bij de besluitvorming.
Je stem laten horen als democratisch uitgangspunt dient niet alleen op het collectieve niveau te zijn verankerd maar ook *altijd* op het individuele niveau. Invloed

hebben op het beleid in algemene zin is pas van waarde als er ook invloed kan worden uitgeoefend op de wijze waarop de zorg in het individuele geval wordt verleend. De cliëntenraad kan er op toezien dat dit individuele recht gewaarborgd blijft.

Inhoudelijke bijdrage
De ervaringen van cliënten en verzekerden worden steeds meer op waarde geschat. Naast professionele kennis is ervaringskennis essentieel om te kunnen begrijpen wat zorg/hulpverlening 'doet' vanuit degene die het ondergaat. Hoeveel voorbeelden zijn er wel niet van dokters die patiënt worden en mede daardoor een andere kijk krijgen op de wijze waarop zorg wordt verleend, wat er toe doet en wat niet (Ten Haaft 2010)?
We hebben in hoofdstuk 3 gezien dat het mobiliseren van ervaringskennis op meerdere manieren kan worden vormgeven. Van belang daarbij is dat er ruimte en aandacht is voor de verhalen van cliënten en dat die verhalen ook gehoord worden door de professionals. Hierbij passen geen raden en overlegstructuren met regels en procedures, veeleer gaat het om tijd en beschikbaarheid van betrokkenen en de van zorgprofessionals. Het opdoen van ervaring met deze vorm van medezeggenschap is belangrijk. Aanvankelijke scepsis moet overwonnen worden teneinde ook de bijdrage van cliënten en verzekerden aan het verbeteren van de zorg- en dienstverlening op waarde te schatten.

De huidige praktijk en richting
In het huidige beleid maar ook in het publieke debat worden de twee hier genoemde doelen van medezeggenschap onvoldoende beschreven en onderscheiden. Het gevolg daarvan is dat er veel verwarring ontstaat op begripsniveau maar ook bij de beoordeling van de effectiviteit van verschillende vormen van medezeggenschap.
Medezeggenschap als democratisch uitgangspunt en als bijdrage aan goed beleid zijn twee kanten van dezelfde medaille. Iedere kant kent eigen praktijken en dient op de eigen merites te worden beoordeeld.

4.2 Medezeggenschap is altijd 'work in progress'

Medezeggenschap is een dynamisch proces van invloed uitoefenen, je laten beïnvloeden, daar lering uit trekken en weer verder gaan. Medezeggenschap is nooit af, en ook de wijze waarop medezeggenschap vorm krijgt verandert over de tijd. Daarom is het van belang te beoordelen of de gekozen vorm doet wat het moet doen! Dit is overigens ook een pleidooi voor minder rigide vormen van medezeggenschap.
Goede medezeggenschap is gebaat bij een context waar leren en verbeteren centraal staan en waar reflectie op de effecten van medezeggenschap een plaats krijgt. De inzichten uit hoofdstuk 3 kunnen dienen als input van deze reflectie. Belangrijk daarbij is niet altijd in de reflex te schieten van meer en intensievere formele participatie als reactie op tegenvallende medezeggenschapspraktijken (Trappenburg 2008). Meer ad hoc en informele vormen kunnen juist een bijdrage leveren aan het bereiken van de doelen van medezeggenschap.
Die reflectie komt niet vanzelf tot stand; deze moet georganiseerd worden en bijgehouden. Evaluaties van de inbreng van cliënten en verzekerden bij cruciale besluitvormingsprocessen, evaluatie van het functioneren van de cliëntenraad/ledenraad, experimenteren met andere vormen en praktijken en daarover rapporteren.

De huidige praktijk en richting
Medezeggenschap behoeft een wettelijke basis, het is een noodzakelijke voorwaarde voor medezeggenschap in de praktijk. In veel gevallen is 'de' medezeggenschap

vastgelegd en ‘bevroren’ in regels en procedures met als risico een zekere rigiditeit en een doel/middel verwisseling: je houden aan de regels wordt een doel op zich.
Kortom, de wettelijke basis is een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde voor effectieve medezeggenschap. Het is van belang om niet alleen in te zetten op het volgen van de regels maar om ook te experimenteren met nieuwe vormen en het leren van ervaringen als een wezenlijk onderdeel van de medezeggenschap te beschouwen en daar ook verantwoording over af te leggen aan de betrokkenen binnen en buiten de zorginstelling en verzekeraar. Zorginstellingen en verzekeraars dienen dan wel in hun jaarrapportage en/of hun website zichtbaar te maken wat de medezeggenschap heeft opgeleverd, welke discussies er zijn gevoerd met welke uitkomsten en met welke gevolgen voor beleid. Tevens zou hier door interne en externe toezichthouders op moeten worden toegezien.

4.3 Medezeggenschap is gebaat bij variëteit

Dit principe is nauw gerelateerd aan het vorige principe. In beide gevallen gaat het over variëren en leren in de praktijk. De relatie tussen cliënt en zorginstelling is verschillend: van zeer korte opname in een ziekenhuis tot een levenslange verbinding in een huis voor mensen met een verstandelijke beperking. Hetzelfde geldt voor de verzekeraar en de verzekerde; soms is het een automatisme – bijna een administratieve handeling – en soms is er sprake van een indringende relatie, bijvoorbeeld in het geval van een opname, onduidelijkheid over de declaratie etc. Ook de aard van de verbinding kan variëren: van afstandelijke klant tot mede eigenaar, van vertegenwoordiger tot ontvanger van zorg, van een verplichte zorgrelatie (gedwongen opname) tot een eigen gemaakte keuze voor de zorginstelling.
In het voorgaande is al aangegeven dat er sprake is van medezeggenschap in allerlei vormen en maten. De ene vorm is niet beter dan de andere maar situatie afhankelijk. In de cure kan bijvoorbeeld het gebruik maken van cliënten-panels gericht op een specifiek thema een belangrijke toevoeging zijn terwijl in de care juist de continue informatie-uitwisseling belangrijk is. Daar zijn juist de vormen van medezeggenschap op het niveau van de locatie en gericht op het dagelijks leven van groot belang. Ook bij de verzekeraars is variëteit aan de orde: van leden- of verzekerdenraad tot het gericht inzetten van social-media om systematisch in contact te zijn met de verzekerden zowel op het individuele als op collectieve niveau.
De ruimte voor informele afstemming en overleg kan de legitimiteit en effectiviteit van de formele vormen van medezeggenschap versterken. Soms kan in een informeel gesprek een bepaalde kwestie snel worden opgelost en hoeft bijvoorbeeld een vergadering van een cliëntenraad daar niet mee te worden belast. Andersom kan natuurlijk ook.

De huidige praktijk en richting

De erkenning van de variëteit van diverse vormen van medezeggenschap en het belang van experimenteren en leren komen maar mondjesmaat op gang. Overwegend zien we dat de kwaliteit van de medezeggenschap wordt afgemeten aan het bestaan van de formele en wettelijk beschreven vormen van medezeggenschap. De verschillende initiatieven die vaak meer gewicht in de schaal leggen als het gaat om de effectiviteit van de invloed van cliënten en verzekerden, worden nog onvoldoende door de buitenwereld (politiek, toezichthouders enz.) op waarde geschat.
De richting zou moeten zijn: de wettelijke verplichting om de twee doelen van medezeggenschap te waarborgen en verantwoording af te leggen over hoe dat plaatsvindt vast te leggen. Daarnaast meer ruimte te laten voor de vorm en de inrichting van de medezeggenschap.

4.4 Responsiviteit

In de vorige paragrafen is deze thematiek reeds aan de orde geweest. Met name als het gaat om de formele vormen van medezeggenschap is het streven er op gericht om te werken met cliënten en verzekerden die een goede afspiegeling vormen van de totale groep. Ook wordt veel waarde gehecht aan het contact met de achterban. Dat contact is nodig voor de legitimiteit van de raad als geheel. Cliënten en verzekerden willen zich verzekerd weten van een raad die hen goed kan vertegenwoordigen en die zij ook kunnen aanspreken.
Dit vraagt om responsiviteit. Raden die op verschillende manieren contact zoeken met hun achterban, enerzijds door informatie te geven over hun activiteiten, anderzijds door thema's en discussiepunten ter commentaar en inspraak voor te leggen. Dit kan door het organiseren van bijeenkomsten maar uiteraard zijn er ook vele andere mogelijkheden. Responsiviteit is ook belangrijk om de eigen positie en de belangen waar de raad voor staat, scherp in het vizier te houden en niet los gezongen te raken van de mensen voor wie de vertegenwoordiger in de raad zit. Het is als het ware een vorm van autorisatie en verantwoording en vervult in die zin dezelfde functies als de vrije verkiezingen, met dien verstande dat het principe van responsiviteit beter past bij de werkwijze van zorginstellingen en verzekeraars.
Responsiviteit als principe (acting for) kan ook een antwoord zijn op het afspiegelingsbeginsel (standing for). In plaats van te streven naar een zo goed mogelijke afspiegeling van de groep cliënten of verzekerden als geheel, wordt werk gemaakt van het contact met de verschillende achterbannen opdat de keuzes van de raad in kwestie, gestut worden door de inbreng van de cliënten en verzekerden. Zie de keuze van de cliëntenraad van het AMC.

De huidige praktijk en richting
In de huidige praktijk is het principe van responsiviteit nog weinig ontwikkeld. Voor de toekomst is dit principe essentieel vooral voor die vormen van medezeggenschap die uitgaan van formele vertegenwoordiging. Dit principe dient gekoppeld te zijn aan de keuze voor openbare werving van leden van de raad zoals bij principe 1 beschreven.

4.5 Rolvastheid

Effectieve medezeggenschap is gebaat bij helderheid over rollen (Mein en Oudenampsen 2015): de cliëntenraad of de leden- of verzekerdenraad moet niet op de stoel van de bestuurder gaan zitten. Het gaat er juist om – om vanuit het perspectief van de cliënt of de verzekerde - een eigen stem te laten horen, een eigen positie in te nemen en daar waar nodig tegenmacht te organiseren. In dit opzicht is de medezeggenschap zowel op het collectieve als op het individuele niveau een integraal onderdeel van de governance van de zorginstelling dan wel van de verzekeraar. Zijn cliënten, verzekerden en hun vertegenwoordigers in de positie om dat eigen perspectief in te brengen en daar waar nodig tegen te spreken? Het is aan de Raad van Bestuur om uiteindelijk een beslissing te nemen en daar de volle verantwoordelijkheid voor te dragen. In dit verband is de vraag of de bindende voordracht van een lid van de raad van toezicht door de cliëntenraad van een zorginstelling een hierbij passend recht is. De bindende voordracht leidt in veel gevallen tot rolonduidelijkheid en tot de idee dat het lid van de Raad van Toezicht er zit *namens* de cliëntenraad en dat is niet het geval. In principe zouden alle leden van de Raad van Toezicht het perspectief van de cliënt in het vizier moeten hebben en dat niet moeten overlaten aan één persoon. Tegen deze achtergrond zou het goed zijn als de praktijk die binnen enkele zorginstellingen gemeengoed is, meer navolging krijgt: de cliëntenraad is betrokken bij de werving en selectie van *alle* leden van de raad van toezicht en dient op deze wijze het algemene cliëntenbelang. In dit opzicht zou ook lering getrokken kunnen worden uit de wijze waarop enkele verzekeraars dit hebben geregeld. Daar is van bindende voordracht geen sprake, maar heeft de

ledenraad invloed op de uiteindelijke benoeming van alle leden van de Raad van Commissarissen.

Huidige praktijk en richting
Rolvastheid is een principe dat door alle betrokkenen wordt omarmd. De praktijk is echter weerbarstig en dat is vooral het geval als er verschil van mening is, en als er verschillende belangen in het geding zijn. Daarom is het van belang om in de formele inrichting van medezeggenschap elke vorm van rolverwarring te voorkomen. Tegen deze achtergrond zou het recht van bindende voordracht van een lid van de RvT van een zorginstelling plaats moeten maken voor het recht om betrokken te zijn bij en invloed uit te oefenen op de werving en selectie van alle leden van de raad van toezicht. Deze werkwijze zou ook voor de verzekeraar geregeld moeten zijn.

4.6 Diversiteit

Gelet op de huidige ervaringen met de verschillende vormen van medezeggenschap ligt het in de rede om het principe van diversiteit apart te noemen. Hier gaat het er om dat verschillende stemmen worden gehoord en verschillende cliënten en verzekerden worden betrokken. We weten uit ervaring dat de raden en de andere vormen van medezeggenschap vooral aansluiten bij degenen zijn die zich goed kunnen uitdrukken, degenen die uit andere hoofde ervaring hebben met medezeggenschap. Het vraagt extra inspanning om ook anderen aan het woord te laten, of andere manieren te vinden om hun stem te laten doorklinken. Dat geldt bijvoorbeeld voor cliënten en verzekerden met een andere culturele achtergrond, voor degenen die niet de gave van het woord hebben maar ook voor cliënten en verzekerden met een beperking.
Juist met verschillende vormen van medezeggenschap bijvoorbeeld via social media kan de diversiteit vorm krijgen, dus niet alleen bij de samenstelling van de raden.

Huidige praktijk en richting
Diversiteit krijgt nu te weinig aandacht, en dient als apart principe ingezet te worden.

5. Conclusies en gevolgen voor de wetsvoorstellen

In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen en besteden we aandacht aan de consequenties van de resultaten voor de wetsvoorstellen. In dit rapport hebben we laten zien dat discussies over (mede)zeggenschap in de zorg om veel verschillende dingen gaat. We hebben dan ook geprobeerd om deze variatie inzichtelijk te maken en daarmee de mogelijkheid te bieden om dit debat zorgvuldiger te voeren, zodat spraakverwarring kan worden voorkomen.

5.1 Onderzoeksvragen

Hoe kan juridisch duiding worden gegeven aan de term zeggenschap en hoe verhoudt deze zich tot de term medezeggenschap in termen van verantwoordelijkheidsverdeling binnen de huidige governance structuren?

In hoofdstuk 2 beargumenteerden wij dat hoewel zeggenschap en medezeggenschap in het debat nogal eens door elkaar worden gebruikt, er in juridische termen een duidelijk onderscheid is. Zeggenschap is de bevoegdheid om besluiten te nemen die de zorginstelling of zorgverzekeraar binden; deze bevoegdheid is voorbehouden aan de Raad van Bestuur.
Medezeggenschap is de bevoegdheid om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in een zorginstelling of van een zorgverzekeraar. Er zijn per definitie meerdere organen en andere belanghebbenden die invloed kunnen uitoefenen.
Bij zeggenschap gaat om het verdelen van de machtskoek ofwel distributieve macht die gekoppeld is aan eigendom of lidmaatschap.
Bij medezeggenschap wordt de invloedskoek vergroot, het gaat dan om cumulatieve macht. Deze is gekoppeld aan vormen van invloed (formeel en informeel).
Hoewel in materiële medezeggenschap in de buurt van zeggenschap kan komen, wanneer er sprake is van (uitgebreide) instemmingsrechten, is er ook in dat geval een belangrijk verschil omdat het hier een lijdelijke vorm betreft. De mate van invloed kan dus variëren (van normaal, via verzwaard adviesrecht tot instemmingsrecht), deze kan echter nimmer zover gaan dat deze doorslaggevend is. Dit ligt ook voor de hand: het is immers de RvB die (eind)verantwoordelijk en aansprakelijk is voor de gevolgen van genomen besluiten.

Welke vormen van (mede)zeggenschap van cliënten en verzekerden dragen het beste bij aan het behalen van de doelstelling van de verbeteren van de kwaliteit van zorg en dienstverlening en welke bijdrage leveren onafhankelijke verkiezingen van (mede)zeggenschapsorganen hieraan?

In de motie Bouwmeester, Dik-Faber wordt aangegeven dat het belangrijk is de stem van verzekerden, patiënten en cliënten te horen omdat deze een grote bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de dienstverlening door de zorgverzekeraar. In hoofdstuk 3 hebben we laten zien dat het horen van die stem op veel verschillende manieren kan gebeuren. Dit kan op formele en informele wijze en kan via de weg van vertegenwoordiging en via directe participatie van verzekerden en cliënten. Uit het beschikbare onderzoek is op te maken dat niet gezegd kan worden dat de ene vorm beter is dan de andere; dit hangt af van het doel dat medezeggenschap in een bepaald geval moet behalen en de context waarin dat

plaatsvindt. De wettelijke verplichting om de medezeggenschap van cliënten en verzekerden te regelen door middel van een daartoe opgericht (representatief) orgaan (cliëntenraad, leden- of verzekerdenraad) is een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde voor effectieve medezeggenschap. Formele en informele, directe en indirecte vormen van medezeggenschap versterken elkaar.
Hoewel er geen beste manier is om medezeggenschap te regelen kan wel een aantal principes uit de bestaande kennis worden gedestilleerd die van belang zijn voor goede medezeggenschap. We identificeerden in hoofdstuk 4 de volgende:
1) doelen van medezeggenschap zijn bepalend voor de inrichting: formuleer de doelen van medezeggenschap om de effectiviteit van verschillende vormen te vergroten;
2) medezeggenschap is altijd 'work in progress': experimenteer met nieuwe vormen en leer van ervaringen;
3) medezeggenschap is gebaat bij variëteit: borg de doelen en leg verantwoording af over de realisatie van die doelen, houd daar toezicht op. Laat meer ruimte open voor vorm en inrichting van de medezeggenschap;
4) responsiviteit; zorg voor contact tussen vertegenwoordigers en degenen die zij vertegenwoordigen;
5) rolvastheid: voorkom rolvermenging, en
6) diversiteit: zorg dat de stemmen van verschillende groepen cliënten en verzekerden worden gehoord.

Verkiezingen kunnen worden gebruikt om leden voor cliëntenraden en leden- of verzekerdenraden te selecteren. Dit kan ook, net als bij verkiezingen voor bijvoorbeeld parlement en gemeenteraad, een manier zijn hen responsief te laten zijn naar hun achterban. Het is echter zeer de vraag of dit de beste manier is om de principes van goede medezeggenschap vorm te geven in de praktijk. Zoals we hebben laten zien is er in veel gevallen nauwelijks sprake van een (her)kenbare gemeenschap die zich identificeert met de doelen van de zorginstelling dan wel de verzekeraar. We hebben laten zien dat er allerlei andere mogelijkheden zijn om deze principes vorm te geven. Cliëntenraden en leden- en verzekerdenraden kunnen bijvoorbeeld meer contact zoeken met de achterban en daarbij ook gebruik maken van andere vormen van medezeggenschap (zie ook Mein & Oudenampsen 2015). Bovendien zijn vertegenwoordigende vormen van medezeggenschap niet de enige vorm van medezeggenschap. Er zijn ook andere methoden die een bredere groep cliënten of verzekerden de mogelijkheid bieden hun stem te laten horen. Bij alle methoden is het overigens belangrijk dat er specifiek aandacht wordt besteed aan moeilijk te bereiken groepen die niet geneigd zijn uit zichzelf hun stem te laten horen (zie het principe van diversiteit).
Het belang van diversiteit laat al zien dat het belangrijk is om recht te doen aan mogelijke verschillen in wensen tussen cliënten en verzekerden. Dit kan deels door diverse geluiden te horen. Collectieve medezeggenschap kan daarnaast worden ingezet om aandacht te vragen voor het feit dat cliënten de mogelijkheid moeten hebben om invloed op hun eigen zorg uit te oefenen. Diversiteit kan echter ook tot fricties leiden. Dit kan tussen groepen cliënten en verzekerden maar ook tussen cliënten en verzekerden. Dit heeft ook gevolgen voor de praktijk van medezeggenschap. Zo is het denkbaar dat via medezeggenschap van verzekerden andere afwegingen naar voren komen (b.v. een lage premie) dan via de weg van medezeggenschap van cliënten (b.v. de beste zorg die mogelijk duurder is).

5.2 Consequenties voor de wetsvoorstellen

Duidelijke termen
Op basis van dit onderzoek stellen wij voor het begrip zeggenschap uitsluitend te gebruiken als er sprake is van de bevoegdheid om besluiten te nemen die de zorginstelling of de zorgverzekeraar binden. Het begrip medezeggenschap verwijst naar de bevoegdheid om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in een zorginstelling of van een zorgverzekeraar. Tevens is het aan te bevelen om systematisch te spreken over vorm en mate van invloed. De mate van invloed in het kader van de medezeggenschap is afhankelijk van de formele bevoegdheden maar zeker ook van de feitelijke invloed die cliënten, verzekerden of hun vertegenwoordigers aan de dag weten te leggen.

Wettelijk regelen: noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde

Het wettelijk regelen van de medezeggenschap via een vertegenwoordigend orgaan is een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde. Een te eenzijdige nadruk op de formele vormvereisten leidt tot een ritualisering van de medezeggenschap en laat kansen onbenut voor andere vormen van medezeggenschap.
Voor de wetsvoorstellen die ten doel hebben medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen en invloed van verzekerden te regelen hebben de bevindingen consequenties. Als gezegd hebben we laten zien dat er al veel gebeurt in de medezeggenschapspraktijk en dat er in het veld ook allerlei initiatieven daartoe spontaan ontstaan. Gezien het belang van variëteit dat we identificeerden is het belangrijk deze veelzijdigheid te koesteren (zie ook Schraven 2014). Dit betekent niet dat er geen wetgeving nodig is om medezeggenschap te regelen. Onlangs constateerden Mein & Oudenampsen (2015) dat medezeggenschap zou verwateren zonder wetgeving. Uit onze analyse komt wel naar voren dat het van belang is dat wetgeving niet teveel dichttimmert en inzet op vormvereisten. Veeleer zouden de principes van medezeggenschap centraal moeten staan. Dit is ook van belang om verdere formalisering tegen gaan aangezien het cliënten- en verzekerdenperspectief hierdoor juist naar de achtergrond verdwijnt. Er zou ook moeten worden toegezien dat zorginstellingen en verzekeraars deze principes van medezeggenschap toepassen in de praktijk. Dat kan op verschillende manieren. Raden van Toezicht kunnen hun bestuur hier bijvoorbeeld op aanspreken. Principes van medezeggenschap zoals hier verwoord zouden daarnaast een plaats moeten krijgen in de governance codes van zorginstellingen resp. verzekeraars. Ook voor de externe toezichthouders is hier een rol weggelegd. Zij kunnen nagaan in hoeverre de vormen van medezeggenschap van de zorginstellingen resp. de zorgverzekeraars voldoende tegenmacht hebben weten te organiseren, voldoende gehoord zijn en effectief invloed hebben kunnen uitoefenen op het beleid.

Tot slot
Medezeggenschap is een kwestie van willen en kunnen. Hoeveel er ook wordt geregeld uiteindelijk is medezeggenschap pas effectief als de ruimte om invloed uit te oefenen genomen en gegeven wordt. Invloed nemen kan alleen als er voldoende ondersteuning (mensen, middelen) beschikbaar is, invloed geven kan alleen als het bestuur weet dat de kwaliteit van de besluitvorming gebaat is bij tegenspraak.
Voor de wetsvoorstellen betekent dit dat de materiële ondersteuning van de medezeggenschap goed geregeld moet zijn.
Voor de motie- ondertekenaars zou dit rapport kunnen helpen om meer vertrouwen te hebben in de vele initiatieven en vormen van tegenspraak die, nu al met succes, dagelijkse praktijk zijn.

Bijlage 1 Motie Bouwmeester- Dik Faber

Tweede Kamer der Staten-Generaal , Vergaderjaar 2015–2016
34 300 XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016
Nr. 94 GEWIJZIGDE MOTIE VAN DE LEDEN BOUWMEESTER EN DIK-FABER TER VERVANGING VAN DIE GEDRUKT ONDER NR. 52

Voorgesteld 10 november 2015

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat verzekerden in hun verschillende rollen als patiënten en cliënten momenteel te weinig zeggenschap hebben over hun zorg in een instelling en de zorginkoop door zorgverzekeraars;

overwegende dat de stem van verzekerden, patiënten en cliënten, belangrijk is en een grote bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de dienstverlening door de zorgverzekeraar; overwegende dat de Minister nu een wetsvoorstel voorbereidt dat de positie van patiënten-, cliënten- en verzekerdenraden gaat versterken;

verzoekt de regering, in het wetgevingstraject mee te nemen dat de zeggenschap van verzekerden, patiënten en cliënten bij hun zorginstelling en hun verzekeraar wordt vergroot door hen onafhankelijk te laten verkiezen en hun zeggenschap te geven over dienstverlening en kwaliteitsbeleid, waarbij ook ondersteuning en financiering beschikbaar zijn;

verzoekt de regering tevens, dit eveneens mee te nemen in de consultatie-ronde van de wet, en gaat over tot de orde van de dag.

Bouwmeester
Dik-Faber

Bijlage 2 De onderzoeksopdracht

<u>Doel van het advies</u>

Op dit moment heeft het Ministerie van VWS twee wetsvoorstellen in voorbereiding; het wetsvoorstel versterking invloed verzekerden en de wijziging van de wet medezeggenschap cliënten medezeggenschap zorginstellingen. Tijdens de begrotingsbehandeling is een motie aangenomen, waarin de Kamer de minister onder meer verzoekt om zeggenschap te regelen voor patiënten en verzekerden op het gebied van kwaliteitsbeleid en dienstverlening bij verzekeraars en zorginstellingen.[5]
Omdat de motie de wetsvoorstellen in voorbereiding direct raakt, wil VWS graag advies over de inhoud van de motie.
Daarbij moet de nadruk liggen op:

1) De juridische implicaties
2) De gevolgen voor de huidige governancestructuren in de zorg.

Bij de beantwoording van de adviesvraag wordt u ook gevraagd om de uitkomsten van de stakeholderbijeenkomst die VWS organiseert mee te nemen.

<u>Nadere adviesvragen</u>
Ten aanzien van onderdeel 1 juridische implicaties van zeggenschap door cliënten (patiënten) en verzekerden vragen wij in ieder geval de volgende vragen te beantwoorden in het op te leveren advies:

a. Betekenis van zeggenschap
    - Op welke (verschillende) wijzen kan – van minst ingrijpend naar meest ingrijpend in huidige situatie - juridisch duiding worden gegeven aan de term ‘zeggenschap’ met betrekking tot kwaliteitsbeleid en dienstverlening?
    - Is deze duiding anders voor zeggenschap van verzekerden bij verzekeraars dan zeggenschap van cliënten bij zorginstellingen, rekening houdend met onder andere de verschillende rechtsvormen en doelstellingen van de organisaties?
    - In hoeverre beïnvloedt het regelen van zeggenschap de verantwoordelijkheidsverdeling tussen raad van bestuur, raad van commissarissen/raad van toezicht, cliëntenraad, leden-/verzekerdenraden en ondernemingsraad, zoals vastgelegd in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wet kwaliteit, klachten en geschillen Zorg, Wet op de ondernemingsraden (WOR), Burgerlijk Wetboek (BW) (voor wat betreft aansprakelijkheid en rechtspersonenrecht),Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) (voor wat betreft het onderdeel fusies en continuïteit), Wet op het financieel toezicht (Wft), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en mogelijk andere relevante wetten?
    - De gevolgen wat betreft de aansprakelijkheid van het bestuur van zorgorganisaties en verzekeraars en cliënten-/leden-/verzekerdenraden.

b. In de motie wordt gesproken over onafhankelijke verkiesbaarheid van leden van de cliënten/leden- of verzekerdenraad. In dat kader moet de juridische analyse ook antwoord geven op de volgende vragen:
    - Op welke (verschillende) wijzen kan juridische duiding worden gegeven aan de term ‘onafhankelijkheid’ met betrekking tot verkiesbaarheid van leden?

5 34 300 XVI, nr 52

- Wat is de onderlinge verhouding tussen de wettelijke eis van representativiteit versus onafhankelijkheid?

Ten aanzien van de beantwoording van de governancevraag, onderdeel 2 vragen wij in ieder geval de volgende vragen te beantwoorden in het op te leveren advies:

a. Welke vorm van (mede)zeggenschap van cliënten en verzekerden, gegeven de uitkomsten van de juridische analyse, draagt het beste bij aan de doelstelling van de verbetering van de invloed van verzekerden en cliënten, te weten dat het cliëntenperspectief uitgangspunt wordt bij kwaliteitsbeleid en dienstverlening waarmee de kwaliteit van zorg/dienstverlening verbetert?
   - In hoeverre is deze duiding anders voor zeggenschap van verzekerden bij verzekeraars dan zeggenschap van cliënten bij zorginstellingen?

b. In hoeverre zorgt de inhoud van de motie voor mogelijke spanning tussen de medezeggenschap van de verzekerden en de medezeggenschap van cliënten ?

c. In hoeverre draagt de onafhankelijke verkiesbaarheid van leden van een verzekerdenraad en/of een cliëntenraad bij aan de versterking van de invloed van verzekerden en cliënten?

d. Hoe verhoudt de onafhankelijke verkiesbaarheid zich tot representativiteit en überhaupt het werven van leden?

e. In hoeverre is het, gegeven de wensen en behoeften van de sector die uit de stakeholdersbijeenkomst naar voren komt, mogelijk om binnen de huidige kaders aan deze wensen te voldoen?

Ten aanzien van zowel onderdeel 1 als 2 vragen wij in ieder geval de volgende vraag te beantwoorden:
In hoeverre de huidige wet cq wetsvoorstel ten aanzien van de invloed van verzekerden en de medezeggenschap van cliënten reeds ruimte biedt om tegemoet te komen aan de uitkomsten van het advies?

- ***<u>Te volgen methoden</u>***

Wij gaan er van uit dat u voor het beantwoorden van de adviesaanvraag de juiste expertise betrekt, waarbij u indien nodig externe deskundigen benadert.
In ieder geval vragen wij u een aantal governance experts te betrekken om te waarborgen dat conclusies worden gedeeld, dan wel verschillende inzichten helder in beeld komen.

Daarnaast zal VWS zelf een stakeholderbijeenkomst organiseren, waarbij jullie ook worden gevraagd aanwezig te zijn en hun wensen en overwegingen mee te nemen en te toetsen aan jullie inzichten. Deze bijeenkomst zal naar verwachting begin maart worden georganiseerd.

<u>Op te leveren product</u>

- Een rapportage/beleidsadvies, die inzicht geeft in de implicaties van hetgeen wordt voorgesteld in de motie voor de medezeggenschap van cliënten en verzekerden en de governance van instellingen en verzekeraars. Met name wat betreft de zeggenschap van cliënten en verzekerden en de onafhankelijke verkiesbaarheid. Het rapport heeft een zelfstandig leesbare managementsamenvatting.

Bijlage 3 De geraadpleegde experts

- Prof. Mr. Dr. Martin Buijsen, hoogleraar Gezondheidsrecht, iBMG
- Mr.dr. Arnt Mein, Lector Legal Management, Hogeschool van Amsterdam
- Prof. Dr. Paul Robben, hoogleraar Effectiviteit van toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg, iBMG
- Drs. Theo Schraven, adviseur voor bestuur, toezicht en stakeholders
- Leden van de sectie Health Care Governance, iBMG

Bijlage 4 Rechten van cliëntenraden

a. **Recht op informatie:** De zorgaanbieder dient de cliëntenraad tijdig en, desgevraagd, schriftelijk alle inlichtingen en gegevens te verstrekken die deze voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs nodig heeft.
b. **Recht op bindende voordracht van één bestuurslid/lid RvT.**
c. **Recht op overleg:** De cliëntenraad heeft recht op overleg met de directie over het beleid van de instelling.
d. **Recht om te adviseren:** De cliëntenraad heeft het recht om te adviseren over alle onderwerpen die voor cliënten van belang zijn. De wet benoemt een dertiental onderwerpen die de zorginstelling in ieder geval ter advies aan de cliëntenraad moet voorleggen, alvorens hij een besluit neemt. Essentieel is dat het advies van de cliëntenraad nog van wezenlijke invloed is. De zorgaanbieder mag afwijken van het advies, mits dit tenminste eenmaal met de cliëntenraad is overlegd en gemotiveerd is.
   Ten aanzien van een aantal onderwerpen geldt een 'verzwaard adviesrecht'. Dat betreft onder meer voedingsaangelegenheden van algemene aard en het algemeen beleid op het gebied van de veiligheid, de gezondheid of de hygiëne en de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg; alsmede de regeling inzake de behandeling van klachten van cliënten. Een verzwaard adviesrecht houdt in:

   a) als de zorgaanbieder een besluit over een van deze onderwerpen uitvoert zonder het aan de cliëntenraad voor te leggen dan kan de cliëntenraad het besluit nietig verklaren. Dit moet schriftelijk en binnen één maand gebeuren nadat de zorgaanbieder de cliëntenraad op de hoogte heeft gesteld van het genomen besluit of als de raad merkt dat het besluit genomen is;

   b) als de zorgaanbieder een besluit over een van deze onderwerpen neemt dat afwijkt van het advies van de cliëntenraad, dient hij dit eerst voor te leggen aan een commissie van vertrouwenslieden. Indien de belangen van alle betrokkenen onvoldoende zijn meegewogen dan moet de zorgaanbieder het besluit intrekken of wijzigen en opnieuw voor advies aan de cliëntenraad voorleggen.

Bronnen

Bate, P. & G. Robert. 2007. *Bringing User Experience to Healthcare improvement. The concepts, methods and practices of experience-based design*. Oxford: Radcliffe Publishing

Berk M., Steeg H van der, Schrijvers G, 2008. *Stille Kennis: Patiënten- en Gehandicaptenorganisaties waardevolle bronnen van informatie,* Utrecht, UMC Utrecht

Bockhorst M. 2015a. Participatiesamenleving: weinig zeggenschap voor burgers, *S&D*; 72:83-89

Bockhorst M. 2015b. De Koers van Zorgcooperaties: Samenwerken zonder te verworden tot paradepaard of werkpaard van de participatiesamenleving, *Bestuurskunde,* 24: 27-39.

Bovens M. & Wille A. (2011). *Diplomademocratie: over de spanning tussen meritocratie en democratie,* Uitgeverij Bert Bakker: Amsterdam.

Bovenkamp H.M. van de, The Limits of Patient Power: Examining active citizenship in Dutch health care, Erasmus Universiteit Rotterdam

Bovenkamp H.M. van de, Trappenburg M.J., Grit, K.J. 2010. Patient Participation in collective healthcare decision making: the Dutch model, *Health Expectations*, 13:73-85.

Bovenkamp H.M. van de, Trappenburg M.J. 2011. Government influence on patient organizations. *Health Care Analysis*, 19;329-351.

Bovenkamp, H. van de, Adams S. 2012. Doelgericht Deelnemen: achtergrond studie naar burgerparticipatie bij het toezicht, iBMG, Rotterdam.

Bovenkamp H.M. van de, Dwarswaard J. (te verschijnen) Self-Management Support: How patients' and professionals' values clash

Bovenkamp H. van de, Vollaard H. 2015. Decentralisatie en Democratische Vertegenwoordiging: Een pilot onderzoek naar vertegenwoordigingsclaims op het lokale niveau, rapport voor het ministerie van BZK

Damman O., Hendriks M, Sixma H. 2009. Towards more patient centred health care: a new Consumer Quality Index instrument to assess patients' experiences with breast care, *Journal of Cancer,* 45:1569-1577

Dwarswaard J. & Bovenkamp H.M. van de. 2015. Ethical Dilemmas in Self-Management Support, *Patient Education and Counseling, 98;* 1131-1136.

Haaft G. 2010, *Dokter is ziek: als patient zie je hoe zorg beter kan,* Amsterdan; Amsterdam University Press.

Hirschman A.O. 1970, Exit, Voice and Loyalty: responses to decline in forms, organizations and states, Cambridge, Massachusetss, London, Harvard University Press

Hoogerwerf, R., Nievers, E., & Scholten, Chr. (2004). De invloed van cliëntenraden. Het verzwaard adviesrecht in de dagelijkse praktijk van cliëntenraadsperspectief. Leiden: Research voor Beleid.

Kraan, W.G.M. van der, & Meurs, P. (2008). Effectieve medezeggenschap. Een verkennend onderzoek naar effectieve vormgeving van medezeggenschap van cliënten in algemene ziekenhuizen. Rotterdam: iBMG.

Kuijsten, A., 2014, De Macht van de Patiënt, unpublished Master thesis, Erasmus University Rotterdam

Mayer, I., et al. (2002). Stormram of Stut? Democratische Dilemma's van Interactieve Beleidsontwikkeling. Democratie in Verval? J. Van Holsteyn and C. Mudde. Amsterdam, Boom: 83-104.

Meide, H. van der, Olthuis G., Leget C. 2014. Patient Participation in Hospital Care: How Equal is the Voice of the Client Council? *Health Care Analysis,* DOI 10.1007/s10728-014-0271-x
Mein A, Oudenampsen D. 2015. Medezeggenschap op Maat: onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van clienten in de zorg, Utrecht, Verwey Jonker Instituut
NZa 2007. Thematisch onderzoek verzekerdeninvloed zorgverzekeringswet, Utrecht.
Oosterhuis H, Gijswijt Hofstra M. 2008, Verward van geest en ander ongerief: psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005), Houten, Bohn Stafleu van Loghum
RvZ 2014, De Stem van Verzekerden: advies over de legitimiteit en de governance Van zorgverzekeraars, Den Haag, RvZ
Savornin Lohman J. de, Rijkschroeff R., Oudenampsen D., Verkuyl L., Gelder, K van, Overbeek R. van 2000. Evaluatie Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector, Den Haag, Zon.
Schee E. van der, Delnoij D., Hutten J.B.F., Verwey J.A., Kerssens J.J. 2000. *Samenvatting van het rapport: de invloed van verzekerden op het bestuur van ziekenfondsen,* Utrecht, Nivel.
Schillemans T, Bovenkamp H. van de, Trappenburg M, 2016. From ‘Major Decisions’ to ‘Everyday Quality’. Direct Accountability to Clients, in: *Healthcare Governance and Accountability,* Mattei, P. (ed.), Palgrave MacMillan
Schraven T 2014, visie op nieuw medezeggenschap cliënten zorg.
Timmermans Y, Stoopendaal A 2015, Emancipatoir organisatieonderzoek naar de invoering van een cliëntvolgsysteem, Kwalon: 20, 32-38
Trappenburg, M.J., 2008. *Genoeg is genoeg: Over gezondheidszorg en democratie*. Amstetrdam, Amsterdam University Press.
Trappenburg M., Schillemans T., Bovenkamp H. van de. 2009. Clientenraden en klantenfora, in Bovens M & Schillemans T. (eds), *Handboek Publieke Verantwoording,* Den Haag, Uitgeverij Lemma.
Trouw, *Anita wordt opgenomen kwam tot stand na dreigementen,* 30 maart 2015
Tweede Kamer, 2014-2015, 32012, nr. 28
Tweede Kamer, 2015-2016, 34300XVI nr. 94
Uitermark J. 2015. De default settings van de participatiesamenleving, *Bestuurskunde,* 24;58-62.
Vennik, F., Bovenkamp, H. van de , Raats, I.,Wit, F. de, Visserman, E., Grit, K. 2013. Handleiding kwaliteitsverbetering ziekenhuiszorg vanuit de ervaring van patiënten, iBMG, Rotterdam
Vennik F., Van de Bovenkamp, H., Grit K., Putters, K. 2016. Co-production in Health Care: rhetoric and practice, *International Review of Administrative Sciences*.
Voet, G.W. van der 2005. De kwaliteit van de WMCZ als medezeggenschapsraad. Amsterdam: Boom.
Volkskrant 1 april 2015
Zuiderent-Jerak T., Strating M., Nieboer A., Bal R. 2009. Sociological refigurations of patient safety; ontologies of improvement and ‘acting with’ quality collaboratives in healthcare, *Social Science & Medicine,* 69; 1713-1721

http://www.rekenkamer.nl/Publicaties/Onderzoeksrapporten/Introducties/2016/04/Aanpak_van_laaggeletterdheid bekeken op 27-04-2016
https://forum.zilverenkruis.nl/t5/Denk-Mee/idb-p/IdeaExchange, bekeken op 13-05-2016